

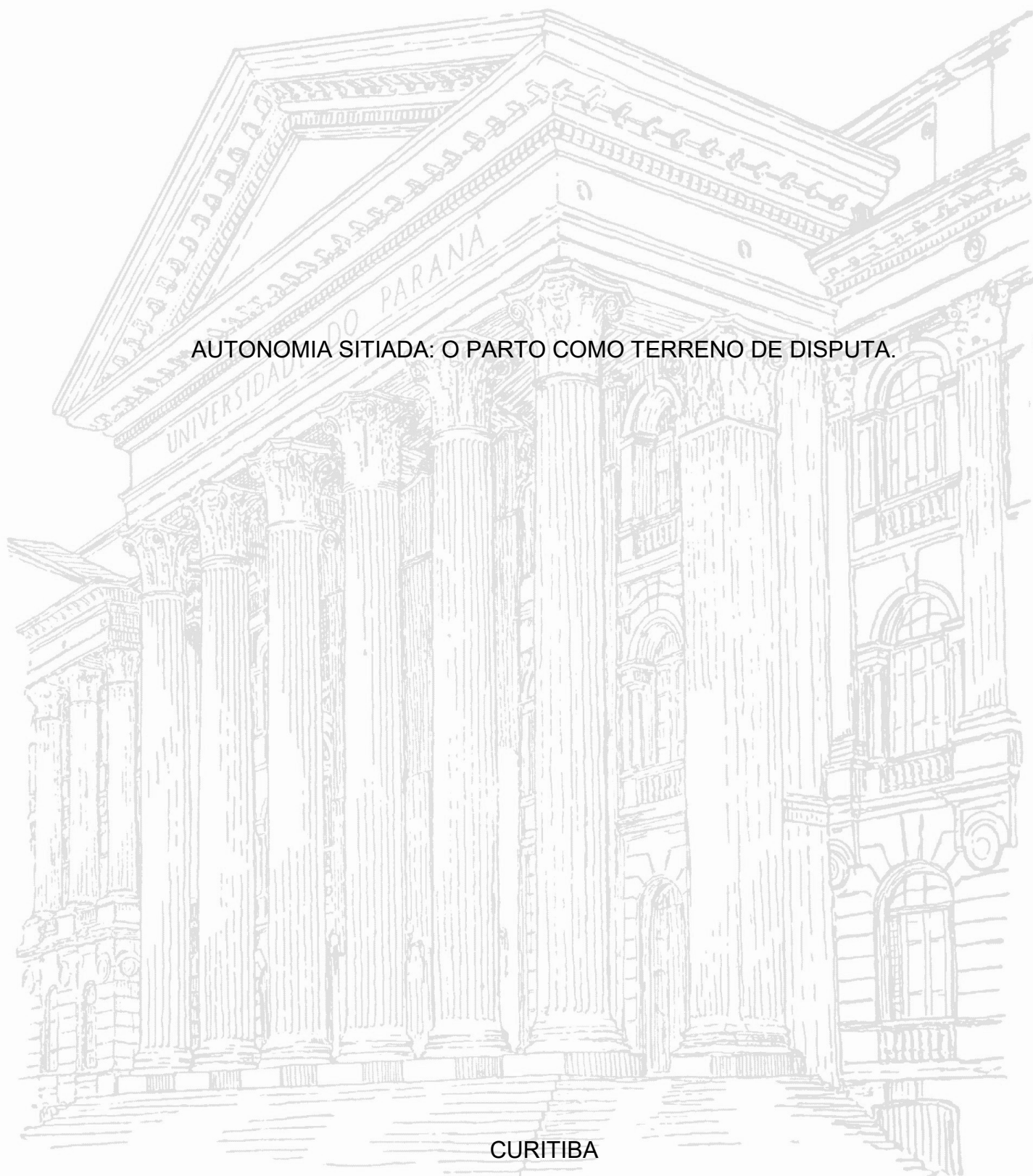
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MAINE LAÍS TOKARSKI

AUTONOMIA SITIADA: O PARTO COMO TERRENO DE DISPUTA.

CURITIBA

2018



MAINE LAÍS TOKARSKI

AUTONOMIA SITIADA: O PARTO COMO TERRENO DE DISPUTA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Direito das Relações Sociais. Linha de pesquisa: Novos Paradigmas do Direito.  
Orientador: Prof. Dr. José Antônio Peres Gediel.

CURITIBA

2018

T646a

Tokarski, Maine Laís

Autonomia sitiada: o parto como terreno de disputa /  
Maine Laís Tokarski; orientador: José Antônio Peres  
Gediel. – Curitiba, 2018.

173 p.

Bibliografia: p. 161-173.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do  
Paraná, Setor de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-  
graduação em Direito. Curitiba, 2018.

1. Parto (Obstetrícia). 2. Bioética. 3. Direitos das  
mulheres. I. Gediel, José Antônio Peres. II. Título.

CDU 618.4

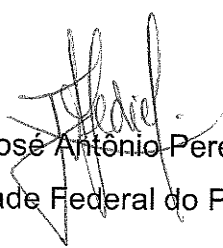
**Catálogo na publicação - Universidade Federal do Paraná**  
**Sistema de Bibliotecas - Biblioteca de Ciências Jurídicas**  
**Bibliotecário: Pedro Paulo Aquilante Junior - CRB 9/1626**

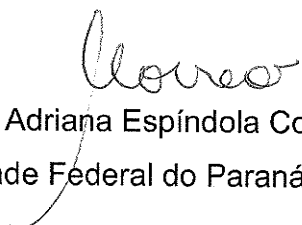
## TERMO DE APROVAÇÃO

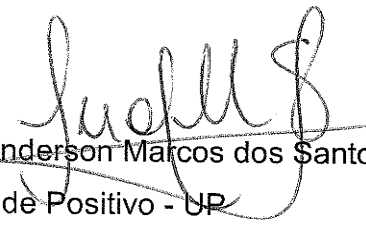
MAINE LAÍS TOKARSKI

AUTONOMIA SITIADA: O PARTO COMO TERRENO DE DISPUTA.

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito, do Programa de Pós-Graduação em Direito, área de concentração em Direito das Relações Sociais, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:  Prof. Dr. José Antônio Peres Gediel  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

 Prof.ª Dr.ª Adriana Espíndola Corrêa  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

 Prof. Dr. Anderson Marcos dos Santos  
Universidade Positivo - UP

Curitiba, 16 de março de 2018.

## RESUMO

Este trabalho perquire os fundamentos e limites da autonomia jurídica para escolher ou recusar procedimentos médicos relativos ao parto. Nas últimas décadas, o tema foi alvo de inúmeros debates públicos e regulamentações oriundas principalmente da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Poder Executivo brasileiro e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Nos movimentos brasileiros de mulheres organizadas, a questão tem sido abordada sob o prisma dos direitos reprodutivos como direitos humanos e da noção de domínio sobre o próprio corpo. Aparentemente, está em curso uma tendência de ampliação da esfera jurídica de autonomia existencial, mas essa constatação parece mais incerta quando se trata do tema do parto. Não obstante o feto só adquira personalidade jurídica a partir de seu nascimento com vida, os processos culturais de subjetivação do feto na contemporaneidade permitem que o nascituro seja visto como indivíduo portador de direitos merecedores da tutela do Estado. A possibilidade de conflito de interesses entre parturiente e nascituro é latente. Na maior parte do tempo, resta escamoteada pelo discurso de proteção do binômio mãe-bebê, mas vem à tona na hipótese de recusa da gestante ao procedimento recomendado pelo médico. Por exemplo, quando Adelir Góes, em 2014, recusou-se à realização de parto cirúrgico por desconfiar da correção do diagnóstico médico, o Estado interveio na qualidade de curador dos interesses do incapaz, de modo que os direitos da gestante foram limitados por interesses externos afirmados em nome do feto. Antes de ser ouvida ou ter acesso a segunda opinião médica, Adelir foi conduzida ao hospital por força de ordem judicial e, então, submetida a uma cesárea compulsória. A análise do caso revela que, além da intervenção estatal em nome do feto, a esfera de autonomia da gestante é limitada pela autoridade do saber médico. A conjunção desses fatores redobra o protecionismo estatal dos corpos grávidos. Ademais, as políticas públicas de humanização do parto, voltadas ao objetivo de redução da mortalidade materna e perinatal, propiciam que a regulamentação do parto seja pensada em termos populacionais, de modo que a promoção da liberdade substancial das mulheres aparece como objetivo secundário e subordinado a uma racionalidade governamental que não escapa à biologização dos corpos, à medicalização da saúde e aos critérios econômicos na definição de prioridades políticas.

Palavras-chave: Parto. Autonomia. Direitos reprodutivos. Direito ao corpo.

## **ABSTRACT**

This work seeks the foundations and limits of the legal autonomy to choose or refuse medical procedures related to childbirth. In recent decades, the issue has been the subject of numerous public debates and regulations, mainly coming from the World Health Organization (WHO), the Brazilian Executive Branch and the Federal Medical Council (CFM). In the Brazilian movements of organized women, the issue has been approached under the prism of reproductive rights as human rights and the notion of body appropriation. Apparently, there is a tendency to expand the legal sphere of existential autonomy, but this finding seems to be more uncertain when it comes to the childbirth. Although the fetus only acquires juridical personhood from its birth with life, the cultural processes of subjectivation of the fetus in the contemporaneity allow the unborn child to be seen as an individual bearer of rights, claiming the guardianship of the State. The possibility of conflict of interests between mother and baby is latent. Most of the time, it remains concealed by the protection discourse of the mother-baby binomial, but it comes to light in the hypothesis of refusal of the pregnant woman to submit to the procedure recommended by the doctor. For example, when Adelir Góes refused, in 2014, to undergo a surgical delivery because she was suspicious of the correctness of the medical diagnosis, the State intervened as the guardianship of the interests of the unborn, so that the rights of the pregnant woman were limited by external interests affirmed on behalf of the fetus. Before being heard or having access to a second medical opinion, Adelir was taken to the hospital by judicial order and then submitted to a compulsory cesarean section. The analysis of the case shows that, besides the state intervention in the name of the fetus, the sphere of autonomy of the pregnant woman is limited by the authority of the medical knowledge. The conjunction of these factors reinforces the state protection of pregnant bodies. In addition, public policies for the humanization of childbirth, aimed at the reduction of maternal and perinatal mortality, allow the regulation of childbirth to be thought of in populational terms, so that the promotion of the substantial freedom of women appears as a secondary objective and subordinate to a governmental rationality that does not escape the biologization of the bodies, the medicalization of health and the economic criteria in the definition of political priorities.

Keywords: Childbirth. Autonomy. Reproductive rights. Bodily rights.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1 O FEMININO NO SINGULAR E NO PLURAL .....</b>	<b>11</b>
1.1 O PARTO EM JULGAMENTO. ....	11
1.2 OBSTETRÍCIA TECNOCRÁTICA E O PARTO COMO RITUAL SIMBÓLICO. ...	20
1.3 TECNOCRACIA E CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: A MULHER E O NASCITURO. ....	47
<b>2 NORMATIVIDADE JURÍDICA NO LIMAR DA VIDA. ....</b>	<b>62</b>
2.1 AUTONOMIA REPRODUTIVA COMO QUESTÃO DE DIREITOS HUMANOS. .	62
2.2 HUMANISMO E AUTONOMIA JURÍDICA.....	73
2.3 TENSÃO NAS DECISÕES SOBRE A SAÚDE E A VIDA.....	92
<b>3 BIOPOLÍTICA, REPRODUÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>106</b>
3.1 A ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA DE GESTÃO DO CORPO, DA SAÚDE E DA REPRODUÇÃO DA VIDA. ....	106
3.2 BIOPOLÍTICA REPRODUTIVA, MEDICALIZAÇÃO E PARTO. ....	120
3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O PARTO NO BRASIL. ....	136
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>153</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>161</b>

## INTRODUÇÃO

O ato de parir tornou-se alvo de discussão pública e, nos últimos vinte anos, há crescente regulamentação a respeito do tema no Brasil. Desde o lançamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (Portaria GM/MS nº 569/2000), o parto tem recebido enfoque relativamente privilegiado no bojo de políticas que alcançam os serviços públicos e privados de saúde.

Atualmente, vigem o Programa Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459/2011); as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal – CPN (Portaria GM/MS nº 11/2015); e, ainda, as Diretrizes de Assistência ao Parto Normal e à Operação Cesariana (Portarias SAS/MS nº 306/2016 e 353/2017). Destacam-se, ainda, as Resoluções nº 368/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina.

Um dos aspectos mais complexos dessas iniciativas consiste em demarcar a esfera de autonomia da parturiente e, em especial, o conteúdo do direito de escolha ou recusa de procedimentos relativos ao parto.

Constata-se, desde a segunda metade do século XX, uma tendência de valorização da autonomia do paciente para realizar escolhas relativas ao seu corpo e a sua saúde. Nessa toada, tem-se admitido a realização de atos de disposição corporal médicos, mas não estritamente terapêuticos - a exemplo das cirurgias estéticas, dentre inúmeros outros procedimentos de modificação corporal (GEDIEL, 2000; CORRÊA, 2010).

Por efeito do princípio constitucional da autodeterminação existencial, qualquer intervenção alheia sobre o corpo ou a intimidade do sujeito deve ser precedida de seu consentimento livre e esclarecido (art. 15 do Código Civil e art. 22 do Código de Ética Médica), salvo na hipótese de risco concreto e iminente de morte ou diante da necessidade de resguardo da saúde pública, caso em que se exige autorização judicial ou legal explícita e específica (CORRÊA, 2010).

Portanto, é lícito que o sujeito assuma riscos e, de modo geral, considera-se que é o indivíduo afetado quem possui a competência para sopesar os riscos e desconfortos que considera admissíveis diante dos benefícios esperados de suas escolhas.

Ocorre que, no âmbito das intervenções médicas, o indivíduo só é capaz de mensurar os possíveis impactos de suas escolhas por intermédio dos profissionais



de saúde, os quais são responsáveis por traduzir informações constatadas por equipamentos e exames, e apresentar uma estimativa suficientemente correta e clara acerca das alternativas disponíveis.

Reconhecendo a posição de vulnerabilidade do paciente em relação ao médico, o princípio da boa-fé objetiva e as diretrizes éticas de atuação desse profissional impõem que o paciente seja esclarecido de maneira ampla, adequada e compreensível.

Contudo, quando se trata do atendimento ao parto, o Brasil vivencia desrespeito sistemático a essas diretrizes. É rotineira nas maternidades a realização de procedimentos sem prévia consulta ou informação à parturiente, ou mesmo contra a sua expressa vontade. Um exemplo emblemático consiste na realização indiscriminada de episiotomias, corte realizado na vulva para prevenir lacerações de quarto grau (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Atualmente, diversos movimentos sociais brasileiros questionam o modelo de atendimento obstétrico e exigem mudanças. Essas reivindicações mobilizam categorias universais de direitos humanos e também conceitos como violência obstétrica, humanização do parto e medicalização da saúde (DINIZ, 2001; CARNEIRO, 2015; SENA, 2016).

Tais discursos ultrapassam o plano da assimetria de informações entre médico e paciente. Permitem colocar em dúvida a objetividade e imparcialidade da ciência médica; questionar a caracterização do parto como evento médico e hospitalar; e enxergar os poderes socialmente constituídos que cercam e configuram a relação individual entre médico e paciente.

Os discursos feministas de direitos humanos, a bioética, o biodireito e as propostas brasileiras de humanização do parto e combate à violência obstétrica parecem, à primeira vista, confluir no que diz respeito à necessidade de resguardo da autonomia reprodutiva das mulheres.

Mas isso não impediu que, no ano de 2014, uma mulher fosse submetida a parto cirúrgico compulsório, por ordem judicial emitida a pedido do Ministério Público Estadual atuante em Torres/RS. O caso serviu como mola propulsora de diversas mobilizações e debates acerca da violência obstétrica, e figura também como ponto de partida do presente estudo.

Adelir Góes, a mulher submetida à cesárea compulsória, apresenta ao direito algumas questões: qual é a esfera de autonomia de uma gestante para

escolher ou recusar intervenções médicas relativas ao parto? Quais os fundamentos e os limites dessa autonomia? Quais os instrumentos jurídicos para o seu resguardo? Em que medida uma mulher é livre para dispor de seu corpo? Em que medida isso muda quando se trata de uma mulher gestante? Quem deve traçar esses limites?

Atualmente, parece inviável oferecer respostas categóricas a essas perguntas, e é possível que as próprias perguntas precisem ser reformuladas. De todo modo, elas trazem indagações instigantes e as suas respostas, ainda que *perfunctórias*, geram efeitos concretos e irreversíveis – como a decisão liminar proferida no caso de Adelir.

Considera-se precipitado esboçar qualquer parecer jurídico sem antes dar ouvidos ao que têm dito as mulheres e movimentos engajados com o tema do parto. Assim, as últimas seções do primeiro capítulo têm o objetivo de propiciar uma contextualização mais ampla da questão, sob perspectivas ambientadas nas ciências sociais, antropologia e filosofia (JORDAN, 1987; DAVIS-FLOYD, 2001; VIEIRA, 2002; PETCHESKY, 1987; BORDO, 1986).

Ao início do segundo capítulo, a autonomia reprodutiva é abordada sob o viés dos direitos humanos. Nessa seara, encontram-se fundamentos suficientes para que a violência obstétrica seja considerada uma espécie de violência de gênero, e para que o poder decisório seja atribuído à parturiente como consequência do reconhecimento de sua liberdade reprodutiva e integridade psicofísica (CORRÊA; PETCHESKY, 1996; PULHEZ, 2013).

Mas, são inúmeras as dificuldades de tradução do discurso da autonomia reprodutiva ao âmbito dos direitos de personalidade e às decisões que envolvem a vida e a saúde. À procura das potencialidades e limites de diálogo entre as perspectivas antes exploradas e a autonomia jurídica como categoria herdada da tradição moderna, a segunda seção do segundo capítulo apresentará alguns postulados da filosofia moderna, simbolizada por Descartes e Kant, com o propósito de esclarecer a racionalidade que ancorou e ainda se faz presente nos fundamentos do direito contemporâneo (GEDIEL, 2000; CORRÊA, 2010; VILLEY, 2008).

Já ao final do segundo capítulo, delineiam-se os contornos da autonomia para eleição ou recusa de tratamento médico à luz dos discursos da bioética e do biodireito, visões contemporâneas fundadas no princípio da autonomia do paciente. Ao cabo, esse percurso sugere alguns aspectos problemáticos das reivindicações

por direitos, isto é, de se trazer a disputa por liberdade reprodutiva ao campo jurídico.

Com o objetivo de viabilizar outro modo de interpretação dos discursos e práticas constatados ao longo das etapas anteriores, o terceiro capítulo inicia com a apresentação de alguns instrumentos conceituais oferecidos por Michel Foucault para, na seqüência, expor uma releitura do dispositivo da sexualidade à luz da hipótese biopolítica da reprodução, conforme tese articulada por Penelope Deutscher (2017).

Num segundo momento, os conceitos de biopolítica e medicalização – da vida, da saúde e do parto – são reunidos com o objetivo de auscultar se a hipótese biopolítica da reprodução pode ser compatibilizada com as críticas à violência obstétrica e ao parto tecnocrático.

E, considerando que um dos enquadramentos da autonomia reprodutiva feminina consiste nas regulações institucionais que incidem sobre o parto, a última seção do terceiro capítulo perscruta as intencionalidades das políticas em curso no Brasil para, enfim, esboçar uma faceta biopolítica desse cenário.

## 1 O FEMININO NO SINGULAR E NO PLURAL.

### 1.1 O PARTO EM JULGAMENTO.

Na madrugada de 01 de abril de 2014, Adelir Carmen Lemos de Góes encontrava-se em início de trabalho de parto em sua casa, um sítio localizado na zona rural de Torres (RS), quando foi interpelada por nove policiais e um Oficial de Justiça que a conduziram para a realização de cirurgia cesariana por ordem judicial.

No dia anterior, Adelir estava com dores abdominais e compareceu ao Hospital Nossa Senhora dos Navegantes para avaliação de seu estado de saúde. Realizados exames, a médica obstetra considerou que se tratava de uma situação de risco e aconselhou a imediata realização de parto cesáreo.

Adelir - ciente da habitualidade de indicações precipitadas de partos cirúrgicos no Brasil e não convencida da efetiva necessidade da medida naquele momento - desconfiou da orientação médica e negou-se à realização da cirurgia. Assinou um termo de responsabilidade, declarando-se ciente dos riscos informados pela obstetra, e retornou para casa.

Ainda no dia 31 de março de 2014, a diretoria do Hospital comunicou os fatos à Secretaria Municipal de Saúde, que, por sua vez, acionou o Ministério Público estadual. Segundo consta, o Promotor de Justiça Octavio Noronha foi procurado “a fim de esclarecer se havia algo que pudesse ser feito para salvar o bebê, diante da resistência da mãe em seguir a orientação médica” (JUSTIÇA..., 2014).

Então, a obstetra formalizou laudo sugerindo a realização de cesariana com urgência, devido ao risco de morte para mãe e feto. Descreveram-se os riscos de “ruptura uterina devido às cicatrizes das cesarianas anteriores; prolapso do cordão umbilical; ocorrência da chamada ‘cabeça derradeira’, no qual a cabeça fica travada no útero após a saída do corpo (devido à apresentação podálica do bebê)” (AJURIS, 2014).

Às 23h, o Ministério Público ajuizou medida protetiva com pedido de antecipação de tutela, a fim de que a gestante fosse submetida ao procedimento indicado pela obstetra. Logo após, foi concedida decisão liminar pela Juíza de plantão, sob a compreensão de que o interesse da criança deveria prevalecer sobre

a liberdade de crença, expressão e escolha da gestante (CARNEIRO; FRAGA, 2014).

Conforme esclareceu a Juíza Liniane Mog da Silva, em entrevista concedida à Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul (AJURIS), não se determinou propriamente a realização da cesariana, mas a condução da gestante ao Hospital para que fosse prestado “o atendimento médico adequado para o resguardo da vida e integridade física do nascituro, inclusive com a realização do parto por cesariana, se essa for a recomendação médica no momento do atendimento”. Reproduz-se trecho da entrevista:

**Algumas pessoas estão questionando o horário em que a gestante foi buscada em casa e a presença da polícia. Como a senhora explica isso?**

Devido à urgência do caso, o Ministério Público teve que ajuizar a medida de proteção em favor do bebê em horário noturno. Tão logo recebido o pleito, foi prolatada decisão, que, conforme os autos, foi exarada às 23h30min do dia 31 de março. Na sequência, o oficial escrevente plantonista expediu os ofícios e mandados pertinentes e os entregou à oficiala de Justiça. Após, a oficiala diligenciou para encontrar a gestante, sendo que o endereço que a mesma havia fornecido ao hospital não era exato, sendo preciso que a servidora contasse com o auxílio de populares, que ajudaram a localizar a genitora. No local, a oficiala de Justiça, que fora acompanhada do oficial escrevente plantonista, foi recebida pelo pai da criança, que estava bastante exaltado, razão pela qual a Brigada Militar foi acionada, de modo a evitar tumulto. Não houve uso de força física e, com os ânimos acalmados, a gestante entrou na ambulância, acompanhada do esposo. Já no hospital, a equipe médica, na presença da oficiala de Justiça, esclareceu ao casal os riscos envolvidos, sendo que, aparentemente, ambos haviam compreendido as circunstâncias, pois, conforme relatado pela oficiala de Justiça posteriormente ao juízo, de maneira informal, o genitor, inclusive, perguntou por que ninguém havia até então explicado tal situação.

**Havia risco de morte da mãe e do bebê?**

Segundo os registros hospitalares, havia, sim, risco de morte para a criança e para a mãe. Consoante os documentos médicos acostados aos autos, a genitora estava em início de trabalho de parto e era sua quarta gestação, sendo que já havia feito duas cesarianas e sofrido um aborto. Ainda, a idade gestacional era de 42 semanas e 02 dias e o feto estaria em apresentação podálica (em pé dentro do útero). Também, conforme prescrição médica, constou que “diante do quadro clínico apresentado, foi indicada a internação hospitalar imediata com interrupção da gestação”. Assim, foram relatados três riscos concomitantes: ruptura uterina devido às cicatrizes das cesarianas anteriores; prolapso do cordão umbilical; ocorrência da chamada “cabeça derradeira”, no qual a cabeça fica trancada no útero após a saída do corpo (devido à apresentação podálica do bebê).

**Esperava uma repercussão tão grande do caso na mídia?**

Não, mas creio ser importante o debate, inclusive para que as pessoas busquem informação e conscientização acerca da questão. Deve-se esclarecer os casos em que pode efetivamente restar configurada a violência obstétrica, diferenciando-os das hipóteses em que há intervenção médica necessária para salvar vidas, como, a meu ver, com os elementos que eu possuía quando da decisão, foi o que ocorreu no caso em apreço.

Importante ressaltar que não existe direito fundamental e/ou humano absoluto, sendo que sua relativização dependerá do caso concreto, em especial nas hipóteses em que há mais de um direito fundamental e/ou humano cuja garantia se procura e ambos estão em conflito.

**A senhora já tomou alguma decisão como essa em que havia risco de vida? Qual?**

Nunca tive que proferir decisão em hipótese semelhante, mas frequentemente eu e os demais magistrados tomamos decisões envolvendo risco de morte para as pessoas, como nos casos em que há necessidade de internação hospitalar urgente e não há leitos, quando o Poder Público não fornece os medicamentos imprescindíveis para um enfermo, dentre outras. Assim, a parte busca o Judiciário para ver assegurado aquele seu direito.

**Como a senhora avalia a declaração dos pais sobre entrar na Justiça contra o hospital?**

Como, aparentemente, após chegarem ao hospital e ser-lhes esclarecida a situação, eles haviam compreendido a necessidade da internação hospitalar imediata, não acreditei que adotariam esta postura, em especial tendo em vista que a mãe e o bebê estão bem e já tiveram alta. Todavia, acredito ser natural este tipo de reação, pois, talvez por ainda terem dúvidas acerca da real necessidade do procedimento, não tenham tido oportunidade de refletir melhor a respeito. (AJURIS, 2014).

Embora a magistrada tenha relatado a existência de risco para a mãe e o nascituro, reconheceu que a medida protetiva foi ajuizada “em favor do bebê” e sustentou que, nesse caso, o resguardo de sua vida ensejou a “relativização” de direitos fundamentais da gestante.

O caso foi abordado sob a perspectiva da colisão de direitos fundamentais e, nesse cenário, atribuiu-se maior peso à vida do nascituro. Chama atenção a ausência de justificativa quanto à atribuição de personalidade jurídica ao nascituro, a despeito do teor do art. 2º do Código Civil (CC – Lei nº 10.406/2002).

Essencial atinar que a ordem judicial foi impulsionada também pela firme crença no saber técnico que embasou e legitimou o pedido do Ministério Público. Subjacente ao discurso da Juíza está o pressuposto de que compete ao médico avaliar qual o procedimento mais adequado para resguardar o melhor interesse do nascituro (e, em segundo plano, também de sua mãe).

A confiança na medicina e no médico como porta-voz desse conhecimento abre espaço para a seguinte colocação: “Ainda que se tivesse oportunizado a manifestação de Adelir, o que ela teria de relevante a dizer?”.

A crença na beneficência da avaliação médica, aliada a certa compreensão ética, política e jurídica quanto ao peso dos interesses do nascituro, propiciou o entendimento de que o direito da gestante de recusa à intervenção médica deveria ceder diante do direito do bebê à vida.

Essa perspectiva embasou a atuação de todos os agentes estatais envolvidos - não só a Juíza, como também os representantes do Ministério Público e da Secretaria Municipal de Saúde; diversos vetores do poder estatal que, atuando conjuntamente, fizeram valer o saber-poder da medicina.

As falas de Adelir ajudam a compreender o seu ponto de vista acerca da ordem judicial; os fatores que influenciaram a sua decisão de recusa da orientação médica; e os aspectos que aprofundaram sua frustração e sofrimento.

Transcrevem-se adiante, respectivamente: *i)* depoimento prestado por Adelir e gravado por seu marido logo após o parto; e *ii)* trecho de entrevista concedida pelo casal a Ligia Moreiras Sena, militante e pesquisadora do tema da violência obstétrica:

*i)*

**Me sinto frustrada, muito chateada.** Porque na hora que **já estavam de cinco em cinco minutos as contrações**, chegou a polícia, chegou o oficial de justiça com viatura, com ambulância. E eu com cinco em cinco minutos (de contrações), **eles aterrorizando que se não cumprisse o mandado, meu marido, naquela hora que eu tava precisando dele, ele ia ser preso. E a casa [tava] cheia de criança.**

Cheguei aqui, meu marido ainda brigando, né? Pra não entrar em confusão, **com medo que meu marido fosse preso**, aí aceitei e vim na ambulância. Mas quando cheguei aqui, vi a médica falar pra outra pessoa que **eu já tava com nove, ou seja, nove de dilatação**. E mesmo o que eles alegam, parto pélvico. Só que, como foi dito para as enfermeiras, que eu entrei em acordo de vir aqui antes só pra ser examinada. Não é que eu ia precisar, era só pra eu ser examinada. Aí eles fizeram uma eco aqui dentro do hospital dizendo que estava pélvico. Mas **eu queria uma segunda opinião**, queria uma requisição para eu ir para em uma outra clínica particular que eu ia pagar na mesma hora para ver se estava sentado mesmo.

Aí ela disse: “se você quer uma segunda opinião eu arranjo uma aqui”. Aí ela pegou um médico aqui de dentro. Segunda opinião assim com um colega dela pra mim não serve de nada. **Aí não tive essa segunda opinião**, [ela] não me deu requisição nenhuma, [ela] **ficou muito mais brava ainda comigo** porque ela disse que **eu tinha que assinar como se eu estivesse fugindo daqui, que não era ela me liberando**. E eu aceitei assinar, mesmo como fugitiva daqui, porque o acordo que eu tinha feito com as enfermeiras do posto era de que eu vinha aqui só para ser avaliada. E já queriam me segurar para o parto cesáreo.

**Ela chateada, eu assinei esse papel para poder sair daqui para poder ainda tentar entrar em trabalho de parto em casa.** Aí muito mais chateada ainda quando eu disse que... queria esperar entrar em trabalho de parto em casa. Esperar em casa e ganhar no hospital. Mas já que me proibiram de... Não que me proibiram, mas depois dessa situação toda de [eu] vir aqui e ela mesmo me falando que mesmo em trabalho de parto eu não ia fazer parto normal... A doula, que ela procura, ela já sabe né, ela me falou que em Araranguá seria melhor pra mim, porque lá tem partos humanizados no hospital. E a gente decidiu ir para Araranguá. Mas mesmo assim, **a doula pediu bastante na ambulância: “leva ela pra Araranguá então, porque ela já está em trabalho de parto. Dá para ser normal”.** **Mas não deixaram, me trouxeram pra cá, pra Torres. Eu queria estar mais feliz, feliz por minha filha estar sadia. Mas se fosse de parto**

**normal eu já estaria em casa, porque eu tenho outra bebê. E o leite teria descido.** O leite não desceu até agora, porque na cesárea demora mais para o leite descer.

(Depoimento de Adelir Góes, em: PORTAL GAÚCHA ZH, 2014, grifos nossos).

ii)

Uma conversa com Adelir e Emerson.

(...) Então, no sábado, **12 de abril**, procurei por ela e seu esposo, Emerson. Ambos prontamente me atenderam ao telefone – ela tendo acabado de tomar um banho e de cuidar da sua bebê, Yuja, então com 12 dias. Perguntei se eles poderiam e gostariam de conversar comigo ou se preferiam que eu os procurasse em outro dia. Emerson me disse: “Hoje é um ótimo dia! **Ela está voltando a sorrir.** Fez até um bolinho hoje...”. Então, Adelir e eu conversamos por quase uma hora.

(...) Pedi a Adelir que contasse como foi que tudo aconteceu durante sua gestação. Sua preparação para o parto, porquê havia decidido por um parto natural após ter vivido duas cesarianas, quem a tinha apoiado e orientado, como ela tinha conseguido informação. Adelir viveu uma cesariana no nascimento de seu primeiro filho, Angelo. Ele nasceu em um hospital particular, com pagamento pelo convênio que eles tinham. Com 39 semanas de gestação, o médico não deixou que ela seguisse em frente e marcou a cesárea. **“Foi médico particular, né? Aí que eles não deixam passar de 39 mesmo”.** - disse ela.

(...) A gravidez de Yuja foi inesperada. **Ao se saber grávida, uma das primeiras coisas que Adelir lembrou foi da recomendação do médico sobre o risco de viver uma terceira cesárea.** Então, decidiu buscar informação. Buscar alternativas.

(...) Adelir assistiu ao documentário “O Renascimento do Parto” e se preparou muito para seu parto natural. No final de sua gestação, seu marido, Emerson, fez um acordo com seu empregador e passou a ficar em casa junto com ela, também se preparando para apoiá-la e ajudá-la na hora do parto. Ambos estudaram. Ambos se prepararam. **E ela diz que não foi em busca de um parto normal por ser “irresponsável”, como tantos a chamaram. Mas porque tinha medo de morrer em uma cirurgia que, de acordo com o médico anterior, seria muito arriscada. E, também, porque se lembrou muito de seu pai e do que ele a ensinou.** Adelir perdeu os pais aos 14 anos e tinha muito medo de que seus próprios filhos ficassem órfãos.

**“Meu pai era um educador. Ele me ensinou a nunca repetir o que os outros falavam, me ensinou a ir atrás da verdade. Nós não somos papagaios, não podemos só repetir o que dizem por aí, temos que estudar, temos que decidir o que é melhor para a nossa própria vida. Eu nunca descartei uma cesárea! Jamais! Eu só estava em busca de uma opção melhor, mais saudável, para mim e minha filha. Então quando dizem por aí que eu estava colocando meu bebê em risco iminente, é mentira! Não estava! Se um médico me disse que havia um problema com minha cicatriz, eu queria ir atrás de outra opção e encontrei”.**

Adelir foi tirada de casa pelos policiais na frente de seu enteado, um garoto de 15 anos, que ficou tremendamente assustado e nervoso, precisando ser amparado pela doula. E a despeito de todo o transtorno e humilhação de ter sido tirada de sua família na madrugada, em trabalho de parto, **Adelir diz que isso não foi o pior. Pior que isso foi o que ouviu da médica que fez a cesárea sem seu consentimento: “Enquanto ela me operava, dizia que eu era uma irresponsável, uma assassina, uma louca. Que se eu tivesse marcado a cesárea antes, nada disso precisava ter acontecido. Se eu tivesse marcado a cesárea, meu marido podia estar ali tirando foto agora. Que por minha causa agora eu estava sozinha e ele lá fora.**



**Eles não deixaram meu marido entrar, eu fiquei sozinha...".** (SENA, 2014, grifos nossos).

No que tange à contextualização dos fatores que influenciaram a sua decisão, depreende-se que ela já havia realizado duas cesarianas antes e seu segundo obstetra desaconselhou a realização de um terceiro parto cirúrgico. Então, Adelir - que perdeu os pais muito cedo e tinha medo de que seus próprios filhos ficassem órfãos - buscou, ao longo de toda a gravidez, informações acerca da possibilidade de realização de um parto natural.

Nessa busca por informações, soube que muitas cesarianas tem sido prescritas com base apenas na conveniência ou falta de preparo do médico, em vez da efetiva necessidade no caso concreto.

Mas, contrariamente ao que pareceu sugerir a Juíza, não havia uma recusa absoluta à realização da cesariana. Adelir preferia o parto vaginal, mas sustenta que aceitaria o parto cirúrgico caso tivesse sido convencida de que essa era a única alternativa possível.

Também não havia uma recusa absoluta ao saber médico. Adelir só buscou informações sobre o parto normal e o amparo de uma doula porque seu último obstetra contraindicou a realização de terceiro parto cirúrgico. Ademais, sua divergência da indicação absoluta de cesárea encontra amparo em conhecimentos veiculados por uma corrente da medicina.

Ocorre que, naquele dia 31 de março de 2014, a obstetra não foi capaz de convencê-la de que os resultados dos exames comprovassem a necessidade efetiva e imediata da cirurgia. E, ao término do parto, ela permaneceu sem razões para acreditar que a médica estivesse correta.

Adelir pretendia obter segunda opinião de profissional vinculado a outro estabelecimento de saúde. Mas, antes que pudesse fazê-lo, foi interpelada pela ordem judicial, a qual foi cumprida sem chance de negociação.

Seus depoimentos contam que ela foi acuada pela ameaça de prisão do marido; ignorada no apelo para que fosse conduzida ao hospital de sua escolha; desrespeitada pela profissional que realizou o parto; violada em seu direito ao acompanhante.

Além disso, foi rotulada e culpabilizada; tratada como ignorante e irresponsável. "Se ela tivesse marcado a cesárea antes, nada disso precisava ter

acontecido”; “Quando ela refletir bem, perceberá que a cesárea foi necessária para salvar vidas”; argumenta-se.

Adelir tentou se defender da pecha de “louca”, “irresponsável” ou “potencial assassina”. Sua tentativa de oferecer resposta sinaliza que tais acusações lhe causaram dor. Suas manifestações soam como respostas a um interrogatório.

Ela não apenas foi conduzida à realização da cesárea. Também lhe foi provocada a necessidade de se expor, se explicar e lidar com a agressão, rejeição ou incompreensão de especialistas, autoridades, vizinhos, familiares, comentaristas na internet.

A sua narrativa desestabiliza o enquadramento do caso sob o viés do conflito de interesses entre mãe e nascituro. Ela tinha o interesse de não deixar nenhum dos seus três filhos órfãos, e não só o de fazer prevalecer uma vontade caprichosa. Mas, o processo judicial parece não comportar esse tipo de argumentação.

As respostas de Adelir também ajudam a identificar os limites argumentativos em cena. Ela sentiu a necessidade de ressaltar que é uma boa mãe, uma pessoa bem informada, que teve razões legítimas, que só estava em busca de “uma opção mais saudável para ela e para sua filha” (SENA, 2014).

Para afastar sua culpabilização, faz-se necessário provar que ela não representa ameaça ao ideário da maternidade, à cultura de fetichização do nascituro e da criança, ao paradigma medicalizante de tutela da saúde.

O caso de Adelir teve grande repercussão, e ela recebeu manifestações de apoio não só de movimentos sociais, mas também de representantes do Poder Executivo Federal.

As Secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e o Ministério da Saúde emitiram nota conjunta em solidariedade a Adelir, na qual afirmaram o direito de toda gestante de escolher a via de parto e pontuaram que “o Brasil é um dos países que mais realiza partos cirúrgicos - mais da metade dos nascimentos -, situação que nos faz refletir sobre a cultura da cesárea em nosso país” (SDH; SPM; MS, 2014).

Declararam, ainda, que a atenção segura e humanizada ao parto é um dos focos de ação do governo federal e que o SUS tem caminhado para um modelo de atendimento obstétrico capaz de reconhecer que o parto pertence à mulher e de oferecê-la respeito, assistência e amparo (SDH; SPM; MS, 2014).

Em moção de repúdio, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) considerou que Adelir foi vítima de violência institucional da atenção obstétrica. O CNDM ressaltou os direitos de toda gestante: *i)* ao acesso a um atendimento à saúde digno, de qualidade, humanizado; *ii)* a receber esclarecimentos em linguagem adequada, respeitosa, compreensível sobre o seu estado de saúde, sobre os procedimentos propostos, seus riscos, complicações e alternativas, inclusive à recusa ou ao consentimento livre, voluntário e esclarecido sobre os procedimentos a serem realizados em seus corpo; *iii)* de participar das decisões sobre seu parto, sendo corresponsáveis pelas escolhas realizadas de modo informado; *iv)* de escolher livremente seu acompanhante; têm direito ao sigilo de todas as suas informações pessoais; e *v)* ao acolhimento respeitoso nos serviços de saúde, livre de qualquer discriminação e livre de qualquer violência (CNDM, 2014).

Em denúncia encaminhada à Secretaria de Direitos Humanos pela organização Artemis, foram sublinhados, ainda, os direitos humanos à liberdade pessoal, à liberdade de consciência e à proteção da família (arts. 7º, 12º e 17º do Pacto S. José da Costa Rica); o direito fundamental de escolha da via de parto, englobado na garantia de proteção social da maternidade (art. 6º da Constituição Federal) e o direito ao consentimento livre e esclarecido para disposição do próprio corpo (art. 15 do Código Civil e arts. 22, 24 e 31 do Código de Ética Médica). A violação da autonomia da paciente fundamentou-se na ausência de comprovação do risco iminente de morte da mãe ou do feto (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2014).

Além disso, alegou-se violação ao princípio da beneficência médica, pois é contestável que a cirurgia fosse a melhor alternativa de equacionamento de riscos e benefícios à paciente. Para muitos, os fatores apresentados pela obstetra de Adelir são insuficientes para justificar uma recomendação absoluta de parto cesáreo, notadamente quando se pondera que esse procedimento também não é isento de riscos.

Para a organização internacional *Birthrights*, a existência de risco não deve servir de justificativa para violento ataque físico a uma mulher, pois esse seria um

fundamento demasiadamente frágil para embasar decisões judiciais que geram impactos profundos e permanentes na integridade física de um indivíduo.<sup>1</sup>

Essa linha de raciocínio estabelece um terreno propício para a afirmação da competência última da mulher para decidir, argumento recorrente entre militantes feministas ou engajadas com a bandeira do parto humanizado que se manifestaram sobre o caso:

Ou reconhecemos que a mulher tem o direito de decidir sobre seu corpo — e algumas decisões não vão nos agradar, acontece — ou abre-se uma porta para terceiros decidirem sobre a mulher grávida, como se ela fosse apenas um vaso que carrega uma planta. Até onde vamos interferir nas escolhas individuais da mulher? Chegamos ao ponto em que um médico diz que uma mulher não sabe parir.

‘Esse bebê podia estar de lado, podia ser o bebê de rosemary, podia ter feito mecônio 12 cruces. Não importa. Importa que o que uma mulher decidiu a respeito do seu corpo foi desrespeitado pelo Estado. Sabe que sistema político violava os corpos das pessoas com justificativas institucionais? Dou uma chance. A ditadura acabou. Mas não para as mulheres. Acabou 50 anos atrás. E ainda vivemos em estado de exceção. Temos direitos humanos. Exceto quando usamos roupas curtas, estamos grávidas, somos biscates, etc etc. Quase humanas.’ Referência: Você, o médico ou o Estado? Por Renata Côrrea.

[...]

‘E se o risco de morte for maior para a mãe na cesárea (e é – 3 a 5 vezes maior)? E se o risco de ter uma complicação grave (como perder o útero ou ter uma hemorragia ou ter os órgãos abdominais perfurados no procedimento) for maior para a mãe (e é)? Quem vai pesar esses riscos e decidir quem merece ser “salvaguardado”? Referência: Matutando sobre risco por Maíra Libertad Soligo-Takemoto em sua página no Facebook. (BLOGUEIRAS FEMINISTAS, 2014).

[...] conluio médico-judicial contra a AUTONOMIA feminina, tendo em vista que nenhuma das condições apresentadas por Adelir era indicação absoluta de cesariana e em nenhum momento se caracterizou "risco iminente de vida" para ela ou para o bebê. (AMORIM, 2014).

[...] Exigimos que a autonomia e a dignidade das mulheres, na qualidade de direitos fundamentais, conquistados a duras penas, esteja acima dos interesses e entendimentos individuais, que busquem de qualquer forma,

---

<sup>1</sup> “Risk might sound appealingly scientific and rational, but it is not. The risk of uterine rupture is around 0.5%. Put another way, there is a 99.5% chance that it will not happen. Which way you look at it depends on your personal sensitivity to risk. Some obstetricians would present the risk in one way, others would present it in another. Some support a woman to have a vaginal birth after two c-sections, others would recommend a c-section. Risk can never provide a sound legal basis for justifying an assault” (BIRTHRIGHTS ORGANIZATION, 2014).

“O risco pode soar apelativamente científico e racional, mas não é. O risco de ruptura uterina é de cerca de 0,5%. Em outras palavras, há uma chance de 99,5% de que isso não aconteça. A maneira que você olha depende da sua sensibilidade pessoal ao risco. Alguns obstetras apresentariam o risco de uma forma, outros a apresentariam de outra. Alguns apoiam uma mulher a ter um parto vaginal depois de duas cesarianas, outros recomendariam uma cesariana. O risco nunca pode fornecer uma base legal sólida para justificar uma violação” (BIRTHRIGHTS ORGANIZATION, 2014, tradução livre).

submeter e apropriar-se das escolhas, dos corpos e das vidas das mulheres.

Reafirmamos: os direitos das mulheres são direitos humanos. A saúde reprodutiva é parte essencial dos direitos reprodutivos, devendo ser vivida na plenitude. Uma cesárea forçada é uma violência obstétrica, contrariando todos os preceitos do parto humanizado. A violência contra as mulheres é uma violação aos direitos humanos. (MARCHA MUNDIAL DE MULHERES - RS; REDE FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS - REGIONAL RS; CAMPANHA PONTO FINAL NA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E MENINAS, 2014).

Em 2014, mais de 20 cidades foram palco de atos públicos em solidariedade a Adelir Góes e a todas as mulheres atingidas pela violência obstétrica. O movimento reverberou o mote “Meu corpo, minhas regras” e dispôs o corpo de Adelir como um símbolo da luta contra a violência obstétrica.

Essas mobilizações revelam que o parto, mais do que um processo meramente fisiológico, é também um terreno de disputa atravessado por relações de poder. Nessa toada, o conceito de violência obstétrica tem sido utilizado para tratar do contexto social da parturição e situar casos como o de Adelir num cenário de violações sistemáticas de direitos reprodutivos.

Seu caso se tornou emblemático porque não é visto como um fato isolado, e sim enquadrado como mais um dos efeitos do conjunto de discursos e práticas atualmente predominantes no atendimento ao parto: *“la violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región [América Latina]”* (BELLI, 2013, p. 28).

## 1.2 OBSTETRÍCIA TECNOCRÁTICA E O PARTO COMO RITUAL SIMBÓLICO.

Os estudos etnográficos da pesquisadora Brigitte Jordan forneceram uma relevante contribuição para que, desde a década de 1960, algumas vertentes da

sociologia<sup>2</sup> e da antropologia viessem a problematizar o parto na condição de fenômeno cultural, em vez de um processo meramente fisiológico (JORDAN, 2014; GINSBURG; RAPP, 1991).

Jordan pontua que, embora qualquer situação social concreta envolva múltiplas formas de saber, uns alcançam maior peso que outros. Enquanto alguns tipos de conhecimento se tornam desacreditados e desvalorizados, outros são privilegiados como fundamento legítimo para interferência e ação, porque embasados em algum tipo de consenso ou aceitação social e, concomitantemente, associados a uma base de poder mais forte, isto é, uma “superioridade estrutural” (JORDAN, 2014).

Os conhecimentos que adquirem essa forma de legitimidade são denominados pela antropóloga de *authoritative knowledge*, o que se poderia traduzir como “conhecimento confiável” (CHAZAN, 2000, p. 73) ou “conhecimento autorizado” (DINIZ, 2001, p. 47).

A legitimação da “confiabilidade” de uma forma de conhecimento frequentemente destitui os demais saberes que gravitam em torno de uma dada situação – o que, segundo Jordan, teria acontecido especialmente no modelo de parto típico nas sociedades ocidentais do século XX.

A constituição do *authoritative knowledge* é um processo social contínuo que tanto engendra como reflete as relações de poder de uma comunidade de prática (conjunto de atores que compartilha um ofício ou uma profissão, a exemplo dos obstetras).

Isso ocorre de tal maneira que seus participantes passam a naturalizar a ordem social dada, ou seja, passam a enxergar o atual estado das práticas baseadas nos conhecimentos confiáveis como se elas não pudessem ocorrer de

---

<sup>2</sup> Nas palavras de Jordan, “[...] *when I began investigating childbirth and midwifery [...], what we now know as the Anthropology of Birth or the field of Ethno-Obstetrics did not exist. [...] It wasn't that people argued is it or isn't it legitimate, it simply wasn't there. Childbirth did not exist in anthropology*” (JORDAN, 2014, p. 01).

“[...] quando comecei a investigar o parto e a obstetrícia [...], o que hoje conhecemos como Antropologia do Nascimento ou o campo da Etno-Obstetrícia não existia. (...) Não é como se as pessoas discutissem a legitimidade desses estudos, eles simplesmente não estavam lá. O parto não existia na antropologia” (JORDAN, 2014, p. 01, tradução livre).

As autoras Faye Ginsburg e Rayna Rapp acrescentam que, desde a década de 1970, a análise da reprodução tem sido grandemente enriquecida pelo encontro entre o feminismo de segunda onda e a antropologia, ocasionando a análise da experiência reprodutiva das mulheres como fontes de poder e de subordinação. (GINSBURG; RAPP, 1991, p. 312).

outra forma, como se fossem de tamanha obviedade que não faria sentido algum questioná-las (JORDAN, 2014, p. 97).<sup>3</sup>

Os defensores de sistemas alternativos de conhecimento tendem a ser vistos como atrasados, ignorantes ou ingênuos criadores de problemas (*trouble makers*). O que eles possam ter a dizer sobre as questões postas em negociação é julgado irrelevante, infundado e digressivo (JORDAN, 2014), e sua recusa ao sistema de conhecimento hegemônico pode ensejar a imposição de sanções (JORDAN; IRWIN, 1987).

O *authoritative knowledge* é construído, revelado e utilizado de uma maneira inconsciente nas interações cotidianas de seus participantes, sendo que, nesse aspecto, aproxima-se do conceito de senso comum utilizado pelo sociólogo Garfinkel (GARFINKEL, 1959, p. 57 *apud* JORDAN, 2014, p. 118).

A especificidade do conceito utilizado por Jordan consiste em sua referência ao fato de que, sob certas circunstâncias, essa forma de saber é apossada e exercida por um grupo privilegiado. Ou seja, o conceito de *authoritative knowledge* alberga o aspecto da assimetria das relações sociais envolvidas na legitimação da confiabilidade de um dado sistema de conhecimento e de seus respectivos efeitos (JORDAN, 2014).

A depreciação dos conhecimentos alternativos é um dos mecanismos pelos quais as estruturas sociais hierárquicas são geradas, mantidas e dispostas, a exemplo do que Pierre Bourdieu constatou quanto ao papel do sistema formal de educação na desvalorização do conhecimento popular numa sociedade de classes (JORDAN, 2014, p. 98).

Num movimento semelhante, algumas pesquisadoras têm buscado evidenciar que a consolidação do parto como um ato de competência médica realizado em ambiente hospitalar é fruto de um processo histórico que estrangulou saberes de mulheres parteiras, portadoras de conhecimentos tradicionais e enraizados na experiência, e privilegiou saberes científicos da Medicina moderna, de

---

<sup>3</sup> “[...] *this process makes the achieved order of the world appear to be a fact of nature, with the consequence that the dominant positions in that order are also a fact of nature, and hence cannot be changed. The best way to avoid change or revolution is to make change or revolution literally unthinkable*” (JORDAN, 2014, p. 97).

“[...] esse processo faz com que a ordem do mundo consumada pareça ser um fato da natureza, com a consequência de que as posições dominantes nessa ordem também são um fato da natureza e, portanto, não podem ser mudadas. A melhor maneira de evitar mudanças ou revoluções é torná-las literalmente impensáveis” (JORDAN, 2014, p. 97, tradução livre).

base racionalista e acadêmica (CARNEIRO, 2015; DINIZ, 2001; MAIA, 2010; SENA, 2016; VENTURA, 2002).

A prevalência da perspectiva científica insere-se no contexto histórico, político e epistemológico de racionalização do conhecimento, que remonta pelo menos ao Século XVII. A filosofia cartesiana é frequentemente apontada como um dos pilares da guinada e fundamentação desse processo.

Mediante o resgate das reflexões de Susan Bordo (1986), é possível esclarecer o argumento da correlação entre a racionalização do conhecimento e a depreciação de conhecimentos enraizados na experiência.

Em releitura das meditações cartesianas, a autora buscou retomar as origens filosóficas das dicotomias sujeito/objeto, razão/corpo, cultura/natureza e relacioná-las à hierarquização subjacente à dicotomia homem/mulher. Bordo situa as meditações cartesianas no contexto de passagem da antropologia cósmica à antropologia individualista, avaliando que esse processo representou também uma masculinização do pensamento.

Conforme relato de Bordo, em novembro de 1619, Descartes teve uma série de sonhos bizarros; sequências de imagens cheias de ansiedade e pavor que pareceriam pesadelos aos olhos de uma pessoa comum. O filósofo, porém, manteve-se firme numa interpretação positiva e racional desses sonhos, concluindo que eles seriam uma revelação de que a chave para a compreensão do universo estaria na matemática.

A interpretação cartesiana daqueles sonhos é considerada um símbolo do projeto racionalista do século XVII: a confiança na habilidade da ciência para decifrar a linguagem da natureza (BORDO, 1986). Cogita-se, porém, que essa confiança de Descartes tenha sido uma resposta defensiva, contraposta ao pavor sentido por ele diante da possibilidade do caos moral e intelectual (BERNSTEIN *apud* BORDO, 1986, p. 440).

A primeira meditação de Descartes, com seus três níveis de dúvida, revela uma grande ansiedade epistemológica e um modo hesitante de inquirição. O filósofo estaria vacilante, afundado em incertezas e contradições, questionando incessantemente a si mesmo, até o ponto em que tudo foi colocado em dúvida (BORDO, 1986).

Mesmo imerso nesse vazio, Descartes alcança uma verdade: a de que ele pensa, e portanto, que ele existe. Ainda que possam existir gênios malignos que



manipulem toda a realidade apreendida por meio dos sentidos, o que Descartes sabe é que há algo dentro de si a questionar, a duvidar, a pensar.

Se não há como confiar nos sentidos, não é fato de nos enxergarmos no espelho o que prova nossa existência. Para Descartes, o único fato indubitável é a existência da consciência mental, e essa seria a prova de que existe algo dentro do sujeito que o separa do que está lá fora no mundo.

E, a explicação para a continuidade da existência de algo estaria na causa que foi necessária para produzi-la primeiramente. Descartes argumenta que, se rastreamos o início dessa cadeia de causalidades, chegaremos a Deus: aquele que apenas é, sempre foi e sempre será.

Não fosse pela existência de Deus, o homem viveria sempre no momento presente, não teria consciência de passado e futuro e nem poderia alcançar qualquer verdade permanente. Em suma, não haveria continuidade na vida se não fosse por Ele: “(...) *two and two may equal four right now, while we are attending to it, but we need God to assure us that two and two will always form four, whether we are attending to it or not*” (BORDO, 1986, p. 442).<sup>4</sup>

A segurança oferecida por Deus nas últimas meditações cartesianas é o alicerce que possibilitou a reconstrução do mundo que fora questionado pela primeira meditação. Deus representa o garantidor de um princípio de continuidade e coerência a uma experiência interna tida como desastrosamente fragmentada e descontínua (BORDO, 1986).

Essas confrontações com a realidade interna do sujeito expressam uma racionalidade compartilhada por outros filósofos da época. Descartes, Pascal e Montaigne, por exemplo, compartilhavam a crença de que a verdade só poderia surgir desse processo de questionamento interno. Todos se recolheram encastelados para alcançarem sozinhos, sem as influências enganosas do mundo e do senso comum, as verdades que a razão poderia revelar.

---

<sup>4</sup> “(...) dois e dois podem somar quatro agora, enquanto estamos atentos a isso, mas precisamos de Deus para nos assegurar que dois e dois sempre formarão quatro, quer estejamos ou não observando isso” (BORDO, 1986, p. 442, tradução livre).

Situado numa espécie de solipcismo, Descartes precisa recorrer a Deus para fazer a ponte entre o eu e o outro, entre o que está aqui e o que está fora, entre a mente e o corpo.<sup>5</sup>

Susan Bordo refere-se a essa individuação como um processo de parto do homem racional. Sugere que a ansiedade epistemológica de Descartes seja vista como uma ansiedade pela separação do universo orgânico feminino onde se passaram a Idade Média e o Renascimento. De modo correspondente, a objetividade cartesiana seria uma reação defensiva ao seu medo do caos e à ansiedade causada pela separação.

Sozinho no mundo – eis que a vivência interna do sujeito é inacessível ao outro –, Descartes precisou extirpar a insegurança do desconhecido com a crença na razão e a ajuda de Deus.

Sua postura ensejou um agressivo afastamento intelectual do feminino. Em suma, “[...] *the specific consciousness we call scientific, Western and modern is the long sharpened tool of the masculine mind that has discarded parts of its own substance, calling it 'Eve', 'female' and 'inferior'*” (HILLMAN apud BORDO, 1986, p. 441).<sup>6</sup>

Na metáfora do parto, individuação seria o momento em que o homem deixa de ser embrião do cosmos e separa-se dele, tornando-se um indivíduo autônomo. A separação é causa de grande ansiedade para esse homem recém-nascido, que então passa a buscar recompor o sentido do mundo pelo recurso à razão objetiva e metódica.

Assim, o homem teria fugido de sua Mãe Natureza para recorrer ao Deus Pai - a ponte no abismo criado entre o sujeito e o mundo, entre eu e outro. Nesse

---

<sup>5</sup> “Descartes provides the first real phenomenology of the mind, and one of the central results of that phenomenology is the disclosure of the deep epistemological alienation that attends the sense of mental interiority: the enormous gulf that must separate what is conceived as occurring ‘in here’ from that which, correspondingly, must lie ‘out there’. (...) Beyond the direct and indubitable ‘I am’ the meditation on the self can lead to no other truths without God to bridge the gulf between the ‘inner’ and the ‘outer’.” (BORDO, 1986, p. 443).

Descartes fornece a primeira verdadeira fenomenologia da mente, e um dos resultados centrais dessa fenomenologia é a revelação da profunda alienação epistemológica que acompanha o sentido de interioridade mental: o enorme abismo que deve separar o que é concebido como ocorrendo ‘aqui’ daquilo que, correspondentemente, deve estar ‘lá fora’. (...) Além do direto e indubitável ‘eu sou’, a meditação sobre si mesmo não pode levar a outras verdades sem que Deus faça a ponte entre o ‘interior’ e o ‘exterior’” (BORDO, 1986, p. 443, tradução livre).

<sup>6</sup> “[...] a consciência específica que chamamos de científica, ocidental e moderna é a ferramenta, há muito afiada, da mente masculina que descartou partes de sua própria substância, chamando-a de ‘Eva’, ‘fêmea’ e ‘inferior’” (HILLMAN apud BORDO, 1986, p.441, tradução livre).

sentido, Deus é aquele que faz a ponte também entre a mente e o corpo do indivíduo, profundamente cindidos para Descartes (BORDO, 1986, p. 446).

É importante repisar que a dicotomia cartesiana mente/corpo não é mera divisão, mas também hierarquização, pois a mente tem prevalência sobre o corpo. Na metáfora do corpo como máquina, o corpo é um acessório da pessoa (LE BRETON, 2011, p. 107), mera *res extensa*, comparável a uma coisa, um objeto que está à disposição do sujeito.

O corpo-objeto é inferior porque não é confiável, suas únicas funções seriam tornar possível a reprodução da vida e atrapalhar a perfeição do juízo racional. Não apenas os sentidos do corpo são enganosos como também, em última instância, o sujeito não tem sequer como saber se seu corpo efetivamente existe, pois a única certeza fundamental seria a existência do pensamento.

A análise de Bordo sobre as meditações de Descartes relaciona a passagem da antropologia cósmica à antropologia individualista de maneira a tecer correspondências mútuas entre a individuação do sujeito e a cultura ou sistemas de pensamento consolidados no século XVII.

Ao buscar as bases de algumas dicotomias fundamentais da modernidade e aproximar-se delas pelo recurso à metáfora do parto, Bordo sustenta que as contraposições cosmos/indivíduo, sujeito/mundo, eu/outro e razão/corpo tiveram como pano de fundo também o processo de cisão e hierarquização entre feminino/masculino. Quando se observa por esse prisma, as mulheres estão para a experiência sensível (subjetiva, não confiável) assim como os homens estão para o conhecimento científico (construído racionalmente, de modo objetivo e metódico, universalizável).

Estendendo essa perspectiva para a cena do parto não metafórico, torna-se mais inteligível a afirmação de que as parteiras passaram a ser associadas ao misticismo e à irracionalidade, ao mesmo tempo em que a Medicina galgou apreço como um conhecimento objetivo, neutro e eficiente, isto é, científico. Por esse ângulo, a obstetrícia pode ser encarada como um dos desdobramentos do processo de masculinização do pensamento (BORDO, 1986) e de biologização do corpo feminino (LAQUEUR, 2001; RODHEN, 1998).

Ao final do século XVII, rompido o modo galênico de compreensão do mundo como unidade entre o homem e o cosmos, estabeleceu-se uma linguagem científica pretensamente neutra, responsável por “expurgar” as antigas metáforas

dos processos mágicos e milagrosos de geração do mundo. A geração passou a ser chamada reprodução, conotação muito mais ligada a processos mecânicos (LAQUEUR, 2001).

A caracterização das mulheres sob termos biológicos (vagina, útero, ovários e, mais recentemente, cromossomos, hormônios, etc.) é uma descrição normativa dos corpos femininos que serviu historicamente ao propósito de justificar a inferioridade física, moral e social das mulheres (LAQUEUR, 2001; BUTLER, 2003).<sup>7</sup>

No contexto epistemológico e político em questão, a diferença entre homens e mulheres passou a residir no “fato” da diferença sexual e na explicação da incapacidade feminina devido às suas funções reprodutivas (ROHDEN, 1998), moldes interpretativos oferecidos pela Medicina e reforçados pelo Estado e pela Igreja (VIEIRA, 2002; MARTINS, 2004 *apud* CARNEIRO, 2015).

A partir do século XVI, a assistência ao parto foi gradualmente regulamentada pela Igreja e pelo Estado de modo a impulsionar o “deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das mãos de parteiras para as mãos dos médicos” (VIEIRA, 2002, p. 27 e 47). No Brasil, especialmente ao longo dos séculos XVIII e XIX, a obstetrícia consolidou-se à custa de uma ostensiva desmoralização dos saberes de curandeiros, feiticeiros, bruxas, boticários, erveiros e parteiras.

Ao lado da promoção de campanhas difamatórias contras os saberes “leigos” afirmados por aqueles que foram rotulados de “charlatões”, Ventura ressalta que também foi estratégico o discurso do risco do parto, isto é, a sua caracterização como um fenômeno patológico que demanda acompanhamento atento e especializado (VIEIRA, 2002; SENA, 2016).

Portanto, um dos mecanismos da medicalização dos corpos femininos foi a patologização da gestação e do parto, cujos perigos justificariam constante acompanhamento e intervenção dos médicos, supostos conhecedores dos modos de funcionamento e controle dos processos reprodutivos.

---

<sup>7</sup> Dentre os exemplos referidos por Thomas Laqueur, destaca-se a lição de Walter Heape, pesquisador de biologia reprodutiva graduado em Cambridge, no início do século XX, e estudioso das relações entre a menstruação e os ovários. Para ele, “o sistema reprodutivo não é diferente apenas em termos estruturais, mas também em termos funcionais e fundamentais no homem e na mulher, e como todos os órgãos e sistemas de órgãos são afetados por esse sistema, é certo que o homem e a mulher são completamente diferentes. [São] ‘complementares, mas em nenhum sentido os mesmos, em nenhum sentido iguais um ao outro; **o ajuste exato da sociedade depende da observação adequada deste fato**” (HEAPE, 1913, p. 23 *apud* LAQUEUR, 2001, p. 266-267, grifos nossos).

A antropóloga brasileira Rosamaria Giatti Carneiro reconhece que são múltiplas as possibilidades de análise do tema. Para a autora, o parto veio a se caracterizar como um acontecimento hospitalar e médico devido à confluência de uma “gama de práticas discursivas” e de tecnologias.<sup>8</sup>

Retomando o conceito de *authoritative knowledge* utilizado por Brigitte Jordan, insta esclarecer que não se trata de afirmar a objetividade, neutralidade e eficiência do conhecimento científico como características verdadeiras ou falsas desse sistema de conhecimento, mas antes de afirmar que o sucesso da legitimação da confiabilidade da ciência médica depende de que ela ao menos pareça ser (ou melhor, seja considerada) dotada de referidos atributos (JORDAN, 2014, p. 97).<sup>9</sup>

Se houver certo consenso na crença de que a Medicina porte tais características socialmente valorizadas, aumentam exponencialmente as chances de que essa forma de saber seja mais decisiva ou impactante quando se trata do esclarecimento dos “fatos”, tais como definir se alguém está vivo ou morto, saudável ou doente, capaz de discernir ou não (STARR, 1982 *apud* JORDAN, 2014, p. 97).

O *authoritative knowledge* é persuasivo porque parece natural, razoável e construído consensualmente. E, pela mesma razão, também pode servir de base para justificação de sanções poderosas, que vão desde a exclusão social até a coerção física.

Ou seja, a capacidade persuasiva do *authoritative knowledge* é resguardada tanto pela sua aparente razoabilidade como também por mecanismos sancionatórios que diminuam as possibilidades de divergência.

---

<sup>8</sup> “Entre as principais matrizes discursivas estariam a da modernização do país, a da medicina científica e racional (Freire Costa, 1979), a da dor e do perigo ao parir, a do temor da ruptura da musculatura perineal e das distocias (Diniz, 1996), a da mulher-mãe-dona-de-casa (Rago, 1997), a do mito do amor materno (Badinter, 1985), a da criança como riqueza nacional (Ariès, 1981) e a do parto como estado de vulnerabilidade feminina (Rohden, 2001). De outra parte, o desenvolvimento do bisturi, das pinças, das tesouras, do fórceps, dos antibióticos e da analgesia e, assim, da nascente medicalização da sociedade, também teria auxiliado a consolidação da perspectiva de que as mulheres estariam mais amparadas nas instituições e sob conhecimento técnico e especializado” (CARNEIRO, 2015, p. 53).

<sup>9</sup> “[...] the label “authoritative” is intended to draw attention to its status within a particular social group and to the work it does in maintaining the group’s definition of morality and rationality. **The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts.**” (JORDAN, 2014, p. 97, grifos nossos).

“[...] o rótulo “authoritative” pretende chamar atenção para o *status* desse conhecimento dentro de um grupo social específico e para o trabalho que ele realiza na manutenção da concepção que o grupo tem acerca da moralidade e racionalidade. O poder do conhecimento confiável não deriva de sua correção, mas do fato de ele contar.” (JORDAN, 2014, p. 97, tradução livre).

Com auxílio desses mecanismos, as críticas são abafadas e as pessoas, de modo geral, não apenas aceitam a validade desse conhecimento como também se engajam de maneira ativa e inconsciente em suas rotinas de produção e reprodução (JORDAN, 2014, p. 97).

Conforme ressalta Brigitte Jordan, o manejo do conceito de *authoritative knowledge* pode amparar análises mais ricas da realidade quando não é utilizado apenas em referência a um sistema de conhecimento atrelado a pessoas que estão em posição de autoridade (como o médico na cena de parto, o professor na sala de aula, o patrão numa fábrica), mas principalmente ao conhecimento que embasa as decisões tomadas por um determinado grupo social num determinado cenário (JORDAN, 2014).

Transpondo isso para o caso de Adelir Góes, é possível dizer que não se trata apenas de questionar a autoridade da médica obstetra ou da Juíza envolvidas neste episódio individualmente considerado, mas de notarmos a exemplaridade do caso no que se refere à legitimação do saber médico como fundamento presumidamente natural e razoável da conduta de uma profissional de saúde e três agentes estatais situados num contexto brasileiro e atual.

Comumente, a prevalência do saber médico no parto é um fenômeno que se repete “entre quatro paredes” de um hospital sem que ninguém chegue a percebê-la, de tão naturalizada pelos profissionais e pelas próprias parturientes e seus acompanhantes.

Mas, quando acontece o imprevisto de ser apresentada uma recusa à intervenção médica e o sistema simbólico de controle da paciente vem a falhar, o conflito torna-se desconfortavelmente público, tanto no sentido de se tornar visível como também no de vir a ensejar a aplicação de sanções.

Ao tratar de nove casos de cesarianas compulsórias por ordem judicial, ocorridos nos Estados Unidos entre 1979 e 1986, Brigitte Jordan percebe esse fenômeno como uma das facetas de um ciclo que se inicia com as mulheres que aceitam cesáreas porque sua socialização as levou a confiar no modelo medicalizado de assistência ao parto e culmina na submissão forçada a esse tipo de parto. A coerção estende-se do plano simbólico ao real, trabalhando para estabelecer, manter, expor e fazer cumprir relações de poder existentes (JORDAN; IRWIN, 1987).

Jordan reconhece que, numa situação de conflito com a vontade da parturiente, os profissionais de saúde encontram-se numa posição difícil. Eles têm o dever de cuidar dessa mulher; mas sabem que suas técnicas são falíveis e suas prescrições controvertidas; ao mesmo tempo em que também receiam serem processados por má atuação profissional.

Mas, se não nos restringirmos ao ponto de vista dos profissionais individualmente envolvidos e considerarmos também o que eles coletivamente tem feito e sob quais circunstâncias, enxergamos outras constrições em cena (JORDAN; IRWIN, 1987).

Os profissionais compõem uma extensiva rede de pessoas que realizam o mesmo trabalho, compartilham um padrão de atuação e relacionamento e determinam qual a maneira correta de parir (JORDAN; IRWIN, 1987).

As parturientes, por sua vez, estão em território alheio, onde se sentem inibidas para gerar confusão nos procedimentos da equipe. Quando chegam a falar, sua perspectiva não é ouvida porque não conta como conhecimento relevante naquele contexto. E, quando chegam a agir em desconformidade com as normas locais, são prontamente coibidas, de maneiras sutis ou ostensivas (JORDAN, 2014; TORNQUIST, 2003).

Nesse contexto, uma ordem judicial para a realização de cesariana contribui para a reprodução de relações nas quais os profissionais de saúde detêm controle sobre o parto e o nascimento. Não se trata apenas de uma medida de proteção ao nascituro, mas também de um movimento explícito de legitimação de uma forma de conhecimento em detrimento de outra.

Desse modo, a autoridade médica é capaz de se afirmar mesmo quando falham os mecanismos típicos de dominação simbólica. Ou seja, a ordem judicial não tem apenas o efeito de determinar a autoridade de um médico em relação a

uma parturiente específica, mas também de confirmar a vigência da obstetrícia como *authoritative knowledge* de um contexto social.<sup>10</sup>

Os estudos etnográficos de Jordan fizeram-na alcançar a conclusão de que, em algumas culturas, a construção do *authoritative knowledge* conta com participação das mulheres interessadas. Mas, na cultura da obstetrícia ocidental moderna, o ponto de vista da parturiente ou de seus eventuais acompanhantes é considerado insignificante, pois as informações cruciais sobre o que está acontecendo provêm de um arranjo de procedimentos técnicos, resultados de testes e dados relatados por máquinas (a exemplo da máquina de medição de batimentos cardíacos).

Segundo observou Jordan, inclusive as mulheres e seus acompanhantes constantemente olham para as máquinas em busca de respostas, de modo que este artefato torna-se o ponto focal da atenção e interação entre todos os envolvidos (IRWIN; JORDAN, 1987, p. 38).

Ocorre que a interpretação das informações fornecidas pelas máquinas compete às enfermeiras e aos médicos. Ainda que os profissionais tentem traduzir para o paciente o seu diagnóstico e prognóstico, o conceito de *authoritative knowledge* chama atenção ao fato de que as decisões relativas à administração do parto são embasadas nas informações provenientes da tecnologia e delimitadas pelos usuários diretos dessa tecnologia, isto é, os profissionais (IRWIN; JORDAN, 1987, p. 38).

Ademais, observou-se que, mesmo quando há diferentes níveis de tecnologia disponíveis, eventuais problemas costumam ser enfrentados mediante recurso ao próximo nível mais alto de tecnologia, em vez do próximo nível mais

---

<sup>10</sup> “*This is a situation in which collective ends are supported through individual action. It is through this active process that power and privilege are maintained or challenged. The power of doctors (and judges) is contingent on the real situations where that power is both played out and reinforced. If the refusal of a section can be interpreted as resistance to the dominant ideology, a court-ordered cesarean section is an overt repression of alternative actions and alternative ways of knowing. A court-ordered cesarean section not only determines the authority of a particular doctor over a particular woman, it confirms medical authority in birthing*” (JORDAN; IRWIN, 1987).

“Esta é uma situação na qual os fins coletivos são sustentados por ações individuais. É através desse processo ativo que o poder e o privilégio são mantidos ou desafiados. O poder dos médicos (e dos juízes) depende das situações reais em que esse poder é desempenhado e reforçado. Se a recusa de uma cesariana pode ser interpretada como resistência à ideologia dominante, uma cesariana por ordem judicial é uma evidente repressão de ações alternativas e formas alternativas de conhecimento. Uma cesariana por ordem judicial não só determina a autoridade de um determinado médico em relação a uma determinada mulher, como também confirma a autoridade médica no parto” (JORDAN; IRWIN, 1987, tradução livre).



baixo: “*upscaling rather than downscaling the technology*” (IRWIN; JORDAN, 1987, p. 39).<sup>11</sup> Mas, conforme acrescenta Robbie Davis-Floyd, a tecnologia frequentemente cria problemas que, então, são atacados com o uso de mais tecnologia (DAVIS-FLOYD, 1994, p. 1125); um ciclo desastroso.

A antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd deu continuidade às reflexões iniciadas por Brigitte Jordan, tornando-se muito referenciada a sua caracterização dos modelos tecnocrático, humanizado e holístico de atenção ao parto – os quais devem ser pensados como “tipos ideais”<sup>12</sup> que não esgotam a complexidade das relações concretas, mas podem ser úteis para a análise de alguns de seus aspectos.

A maneira como a tecnologia é desenvolvida e utilizada numa sociedade expressa os valores e sistemas de crenças dos sujeitos implicados. Segundo Davis-Floyd, o cerne axiológico das sociedades ocidentais contemporâneas perpassa ciência, alta tecnologia, lucro econômico e instituições governadas de modo patriarcal.

Os sistemas médicos refletiriam esses valores: sua eficiência é fundada na ciência, efetivada por meio da tecnologia e resguardada por instituições governadas patriarcalmente, tudo num contexto econômico orientado pela busca da lucratividade (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 05-06).

A autora considera que o valor da tecnologia tem sido mais impactante que o da ciência. Argumenta que, desde a década de 1970, está cada vez mais claro que parte significativa dos procedimentos obstétricos rotineiros não se justifica em evidências científicas, mas são reproduzidos porque fazem sentido na cultura tecnocrática (JORDAN, 2001, p. 06).

Ao tratar das características típicas do modelo tecnocrático de atendimento médico ao parto, Davis-Floyd principia sua exposição relatando que a tecnomedicina separa o indivíduo em partes componentes e centra sua análise nos fragmentos, em detrimento do todo. Ademais, dicotomiza mente e corpo, reforçando na atualidade perspectivas herdeiras da filosofia racionalista representada por Descartes e Bacon.

---

<sup>11</sup> Exemplificativamente, Jordan cogita que, na hipótese de desaceleração do trabalho de parto devido ao fato de a mulher ter sido transferida para a mesa de parto, é provável que ela seja impedida de voltar à posição anterior; as soluções cogitadas seriam, mais provavelmente, a administração de substâncias que aceleram as contrações ou a realização de uma cesariana (JORDAN, 1987, p. 39).

<sup>12</sup> Terminologia weberiana que não é expressamente mencionada por Davis-Floyd, mas auxilia, nesse aspecto, a compreensão de seu trabalho.

A metáfora do corpo como máquina teria se materializado nas nações industrializadas e androcêntricas (*male-centered*), nas quais os corpos masculinos tornaram-se representativos do corpo-máquina perfeitamente funcional. Comparativamente ao protótipo masculino, os corpos femininos seriam defeituosos, incompletos, perigosos, imprevisíveis – atributos que justificariam maior intervenção médica para fazê-los tão saudáveis quanto possível.

A metáfora do corpo feminino como máquina defeituosa compôs os fundamentos filosóficos da obstetrícia e, conseqüentemente, contribuiu para a patologização do parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

No modelo tecnocrático, a relação entre médico e paciente reproduz a objetificação e mecanicização do corpo humano, notadamente quando se trata de paciente mulher e grávida. Esse médico estabelece o mínimo de envolvimento emocional com a parturiente, de modo que, para ele, não importam o contexto de vida, os sentimentos e as crenças de sua paciente (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 06-07).

Interessa-lhe apenas a manipulação de seu corpo com o propósito de realizar um parto seguro, isto é, hábil a garantir a sobrevivência dos envolvidos (MAIA, 2010). Esse objetivo é alcançado graças à atuação do médico e utilização da tecnologia e fármaco-química, com indiferença ao estado físico, emocional e espiritual da parturiente (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 07).

No ambiente normatizado do hospital, as necessidades individuais precisam ser submetidas às práticas e rotinas institucionais (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 07). A mulher é comumente solicitada, por exemplo, a colocar as vestes hospitalares; separar-se de seus pertences; jejuar; depilar os pêlos pubianos; fazer lavagem intestinal; manter-se deitada em posição ginecológica; respirar em determinado ritmo; não manifestar exageradamente medo ou dor; aguardar a chegada do médico para ceder ao impulso quase irresistível de empurrar e colaborar com o término do trabalho de parto; submeter-se a diversos exames e toques vaginais excessivos; e permanecer conectada a aparelhos que restringem seus movimentos (DAVIS-FLOYD, 2001; JORDAN, 2014; SENA, 2016; TORNQUIST, 2003).

O excesso de intervenções médicas e tecnológicas resulta no que se tem chamado de “efeito cascata” (DINIZ, 2001, p. 09). Quando realizadas de modo rotineiro, algumas medidas repercutem na necessidade de realização de outras intervenções complementares, que por sua vez também ensejam novas intervenções, ao resultado de que a parturiente fica exposta aos diversos riscos de

cada um desses procedimentos sem que o resultado final seja um parto satisfatório, do ponto de vista da saúde física e psicológica da mulher (OMS, 1996 e 2014).

Um exemplo emblemático é o uso indiscriminado da ocitocina sintética, substância que se costuma injetar nas parturientes com a finalidade de aumentar o ritmo das contrações e, com isso, acelerar o trabalho de parto. O recurso costuma ser utilizado de forma precipitada, o que faz com que as contrações sejam aceleradas muito bruscamente, sem que corpo e mente da parturiente estejam preparados para manejar as dores.

Em consequência, a dor atinge níveis insuportáveis e torna-se necessária a administração da peridural, uma injeção de efeito anestésico. A anestesia, por sua vez, torna a mulher menos consciente dos seus processos fisiológicos, o que dificulta a sua colaboração nos movimentos de expulsão do bebê. Ou seja, intervenções precipitadas acabam por romper o ritmo natural de desencadeamento do parto e essa aceleração, por sua vez, torna mais sacrificioso o processo.

O avanço da industrialização propiciou também o uso de metáforas relacionadas ao modo de produção capitalista no contexto do parto: o hospital como fábrica, o corpo da mãe como máquina defeituosa, o bebê como produto (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 06) e a parturição organizada aos moldes de uma linha de montagem (DINIZ, 2001).<sup>13</sup>

Essa metáfora foi explorada também por Michel Odent, obstetra francês que traçou um paralelo entre a industrialização da agricultura e do parto. Como gancho inicial, ele menciona os episódios da febre aftosa e da doença da vaca louca como eventos desastrosos que teriam contribuído para a ampliação das críticas à agropecuária industrializada.

Para o autor, esses acontecimentos teriam produzido um “momento eureka” na opinião pública, pois colocaram em pauta tanto os efeitos adversos da forma de criação dos animais destinados ao consumo humano, como também dos riscos associados à utilização excessiva de pesticidas, herbicidas, fungicidas e fertilizantes no cultivo de frutas, verduras e legumes (ODENT, 2003, p. 19-26).

---

<sup>13</sup> “A assistência é organizada como uma linha de montagem (Martin, 1987; Rothman, 1992), com a rígida estipulação dos tempos para cada estágio do parto. A transferência das mulheres de local em local durante o parto, assim como a própria arquitetura das maternidades - fatores que contribuem para inviabilizar o respeito à fisiologia do processo (Enkin e cols.1995), são parte da assistência típica ao parto no Brasil” (DINIZ, 2001, p. 08).

Considerando as “centenas de estudos que detectam vínculos entre um estado de saúde na vida adulta, adolescência ou infância e o que aconteceu enquanto o bebê ainda estava no útero” (ODENT, 2003, p. 28), o autor apresenta resultados de alguns estudos científicos que, analisados conjuntamente, levam à conclusão de que a agropecuária industrializada constitui uma ameaça à saúde das gerações atuais e futuras.

Referida contextualização indica que nos encontramos num momento de legítimo questionamento quanto aos benefícios da industrialização para a saúde e a vida humanas. Partindo dessa perspectiva, Odent caracteriza o século XX como palco do “desenvolvimento explosivo” tanto da agropecuária como do parto industrializado, processos que ocorreram paralelamente e guardam diversas semelhanças entre si (ODENT, 2003, p. 41-49).

Uma das semelhanças ressaltadas por Odent é o entusiasmo com que os avanços tecnológicos foram recebidos em ambos os contextos. Assim como economistas e agricultores se encantaram com a eficiência propiciada pela introdução de novas tecnologias<sup>14</sup>, também as mulheres foram, de modo geral, convencidas “de que a eliminação de ‘parteiras desesperadamente sujas, ignorantes e incompetentes’, e a expansão da obstetrícia constituíam a solução e podiam oferecer alívio e sucesso nos desfechos dos partos” (ODENT, 2003, p. 53).

Não obstante, ao longo do século XX também existiram “sistemas alternativos de conhecimento” (JORDAN, 2014); formas de pensamento minoritárias, contra-hegemônicas, pontos de vista discordantes (ODENT, 2003, p. 56). Assim como houve apelos à agricultura orgânica, também se organizaram, principalmente nas décadas seguintes à Segunda Guerra Mundial, diversos movimentos intelectuais e políticos que buscam alternativas ao parto industrializado (ODENT, 2003, p. 72) – e o próprio Michel Odent tornou-se uma referência importante nesse campo.

Esclareça-se que as racionalidades, crenças e finalidades afirmadas por todos esses movimentos que se estendem por muitas partes do mundo são certamente diversas. É impossível homogeneizar todas as vertentes e reduzi-las ao ponto de vista de um único autor; portanto, não é esse o nosso propósito. Mas,

---

<sup>14</sup> Como o alto nível de rendimento das máquinas, quando comparados aos antigos trabalhos manuais, os suplementos, compostos químicos e hormônios que aceleram o crescimento e reduzem as perdas de plantas e animais, a reprodução seletiva, a disponibilização de grande quantidade e variedade de produtos para os consumidores (ODENT, 2003, p. 50-51).

confere-se especial destaque à tese de Michel Odent por se tratar de um autor reconhecidamente emblemático. Possivelmente, o fato de Odent veicular um discurso alternativo e, ao mesmo tempo, enraizado na matriz médica e científica européia contribuiu para a legitimação de seus saberes em diversas fontes relevantes a respeito do tema (DINIZ, 2001).

Odent concentra-se em apresentar evidências científicas que amparam possibilidades de interpretações alternativas a respeito do padrão ideal de atendimento ao parto. Com base nesses estudos, o autor sugere que a “cientificação do amor”, principalmente no parto e momento imediatamente seguinte, impacta negativamente a “capacidade de amar” dos bebês nascidos nesse contexto, porque atrapalha a consolidação do vínculo de dependência entre mãe e bebê (ODENT, 2003, p. 90 e 93).

Na toada de estudos que, desde 1968<sup>15</sup>, buscam correlações entre hormônios “femininos” e efeitos comportamentais maternos, descobriu-se que o hormônio ocitocina exerce um papel importante de estímulo aos vínculos amorosos. Este hormônio não seria responsável apenas por efeitos mecânicos, como o estímulo às contrações uterinas para expulsão do bebê e da placenta e as contrações celulares para ejeção de leite durante a amamentação, mas também por efeitos comportamentais altruístas que contribuem para a consolidação do vínculo de dependência entre a mãe e seu filho (ODENT, 2003, p. 92-93).

Todo o trabalho de parto é conduzido por um conjunto de hormônios liberados pela mãe e pelo bebê, de modo que o bom funcionamento dos seus processos fisiológicos depende do alcance de complexos estados de equilíbrio hormonal (ODENT, 2003, p. 93).

A primeira hora após o parto seria um momento especialmente importante. Os organismos estão processando uma “catarse hormonal” e, sob o efeito de substâncias que ainda estão sendo liberadas, mãe e bebê possuem a necessidade de contato. Quando essa proximidade não é perturbada e ocorre em condições hormonais adequadas, o momento imediatamente posterior ao parto é impactante para o estabelecimento do apego entre mãe e filho (ODENT, 2003, p. 93).

---

<sup>15</sup> Odent relata que, em 1968, Terkel e Rosenblatt identificaram no sangue de ratas mães a existência de hormônios responsáveis por induzir “amor materno”. Esse estudo inspirou diversos outros, ao longo da década de 1970, que perscrutavam os efeitos comportamentais de hormônios como estrogênios, progesterona e prolactina (ODENT, 2003, p. 92).

Todo esse processo tem seu tempo para acontecer – o tempo fisiológico próprio de cada organismo, e não o tempo do médico, do relógio ou dos manuais de parto – e só pode se desenrolar de maneira bem-sucedida sob condições propícias. Ocorre que, no modelo industrializado de parto, tem-se uma abordagem de controle exaustivo e externo do parto, e não uma perspectiva de respeito aos processos orgânicos internos.

Ao invés de preparar ambiente e tratamento interpessoal que favoreçam as melhores respostas que o corpo da parturiente tem a dar (Odent menciona, por exemplo, um ambiente tranqüilo, aquecido, com luzes baixas, na companhia de pessoas que contribuam para que a parturiente sinta-se segura sem se sentir observada), a equipe do hospital age, mesmo inconscientemente, no sentido de fazer a mãe acreditar que suas inúmeras intervenções são necessárias para salvar o bebê da morte.

Sentindo-se insegura e ansiosa, sua dor aumenta e seus processos fisiológicos são prejudicados – o que Odent chama de efeito “nocebo”, em contraste com o efeito placebo (ODENT, 2003, p. 84 e 148). Então, administram-se anestésias e hormônios sintéticos para suprir aquilo que o corpo da parturiente está sendo incapaz de prover.

A falta de compreensão e respeito à fisiologia do parto gera um ciclo vicioso de intervenções que podem acarretar efeitos negativos que não são captados pelos métodos de pesquisa tradicionais.

Odent ressalta, por exemplo, que a ocitocina sintética “não tem efeito comportamental, pois não atravessa a barreira sangue-cérebro”. Portanto, apesar de o substituto artificial produzir os mesmos efeitos mecânicos de contração uterina e celular, seria incapaz de exercer seu papel de “hormônio do amor”. Afirma-se que isso pode trazer conseqüências civilizacionais devastadoras, uma vez que “para parar de destruir o planeta precisamos de uma espécie de unificação da aldeia planetária. Precisamos, mais do que nunca, das energias do amor” (ODENT 2003, p. 98).

Segundo Odent, o paradigma científico atualmente preponderante é marcado pela alta eficiência na criação de mecanismos complexos para a resolução de problemas, mas igualmente por uma lastimável “incapacidade de pensar no longo prazo e de prever os efeitos de uma utilização maciça de invenções emergentes” (ODENT, 2003, p. 99).

Nessa linha de raciocínio, o autor propõe uma “atitude biodinâmica” quanto ao parto; uma postura voltada à redescoberta das necessidades básicas das parturientes, de modo a lhes perturbar o mínimo possível (ODENT, 2003, p. 107).

O termo “redescoberta” expressa a necessidade de resgate do modo naturalmente funcional de parir. Trata-se de um ato realizado por todas as mamíferas, de modo algum uma patologia. A extensão do controle médico ao parto seria uma “corrupção da medicina”.<sup>16</sup>

Parir só teria se tornado mais árduo porque a atividade do neocórtex<sup>17</sup> é mais acentuada nas mamíferas humanas, o que pode atrapalhar o funcionamento do hipotálamo e da hipófise, “velhas e primitivas estruturas do cérebro [responsáveis pela secreção de] todos os hormônios envolvidos no parto” (ODENT, 2003, p. 108).

E também porque, especialmente no parto industrializado do século XX, o intervencionismo tecnológico não responde adequadamente às necessidades da mulher (ODENT, 2003). Portanto, redescobrir a fisiologia do parto é tomar contato com o lado mamífero da mulher, resgatar raízes anteriores à cultura.<sup>18</sup>

Assim, com base naquilo que considera serem as melhores evidências científicas atualmente disponíveis, Odent contrapõe o parto industrializado à atitude biodinâmica. Em outros termos, defende o radical abandono de um modelo pautado no controle sobre a natureza e o corpo, em favor de uma abordagem de respeito à fisiologia do parto.

Um propósito semelhante pode ser encontrado na obra da antropóloga Robbie Davis-Floyd. Ao lado do modelo tecnocrático, a autora menciona também os paradigmas humanizado e holístico de atenção ao parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

Tais modelos alternativos compartilham, em grande medida, a preocupação de Michel Odent com os excessos do intervencionismo tecno-científico. Ainda que os autores adotem perspectivas e objetos de análise distintos em muitos pontos, guardam semelhanças no que se refere à defesa de atendimento respeitoso e

---

<sup>16</sup> “Qualquer mudança para uma atitude biodinâmica precisa ser, a rigor, radical: precisa abordar o problema na sua raiz. Na raiz do problema está o controle médico, que é a variante moderna do controle cultural. O controle médico é uma corrupção do papel da medicina. O papel da medicina em geral – e da obstetrícia em particular – originalmente se limita ao tratamento de situações patológicas ou anormais. Não inclui o controle de processos fisiológicos” (ODENT, 2003, p. 131).

<sup>17</sup> “[...] a parte do cérebro que é altamente desenvolvida entre os humanos e que pode ser vista como o cérebro do intelecto” (ODENT, 2003, p. 108).

<sup>18</sup> “Precisamos partir do ponto de vista dos fisiologistas para poder entender essas necessidades básicas. Os fisiologistas estudam o que é transcultural e, portanto, universal. Ajudam-nos a voltar às raízes. Oferecem uma espécie de referencial do qual não podemos nos desviar demais, sem correr o risco de gerar efeitos colaterais negativos incontrolláveis” (ODENT, 2003, p. 107).

eficiente ao parto e de readequação dos usos da tecnologia em torno das necessidades efetivas das parturientes.

Segundo Davis-Floyd, o modelo humanista de atenção ao parto possui os seguintes fundamentos: conexão entre corpo e mente; visão do corpo como organismo, e não como máquina; envolvimento efetivo, respeitoso e terno entre equipe de saúde e paciente; diagnóstico e cura de dentro para fora; equilíbrio entre as necessidades institucionais e individuais; acesso à informação e responsabilidade compartilhada pelas decisões tomadas; utilização humanista da ciência e da tecnologia; foco na prevenção, e não só na cura; aceitação da morte como um resultado possível; cuidado dirigido pela compaixão (a habilidade de reconhecer os sentimentos e necessidades do outro); e a abertura ao acréscimo de modalidades alternativas de cura, tais como as terapias inspiradas em conhecimentos orientais tradicionais (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 10-15).

O modelo holístico, por sua vez, seria pautado nas seguintes diretrizes: unidade mente-corpo, em vez de conexão; visão do corpo como sistema de energia interligado a outros sistemas de energia; o objetivo de cura é ajustado à pessoa, considerada em sua integridade mente-corpo, e ao seu contexto de vida; o profissional e o paciente possuem uma relação de troca mais intensa; diagnóstico e cura de dentro para fora; individualização do cuidado; autoridade e responsabilidade pertencem ao paciente; ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo; visão de longo prazo com vistas à manutenção do estado de bem-estar e saúde; morte considerada como uma etapa do ciclo de existência de todos os seres vivos; a cura como foco principal das intervenções; e a adoção de múltiplas modalidades terapêuticas (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 16-20).

Assim como Odent, Davis-Floyd indaga-se quanto aos impactos civilizacionais do modelo tecnocrático de parto. Considerando que os rituais que cercam o parto e os usos que são feitos das tecnologias simultaneamente veiculam e constroem valores culturais, a autora sugere que a readequação de nossos sistemas de saúde deve estar pautada naquilo que desejamos fazer de nós mesmos, enquanto sociedade (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 21).

Em sua perspectiva, o ideal seria que atentássemos para as evidências científicas massivamente disponíveis, de maneira a construirmos um modelo de atendimento capaz de amparar as mulheres por meio do uso apropriado da



tecnologia, em conjunto com os valores humanistas e a abertura holística à energia e à individualidade (DAVIS-FLOYD, 2001, p. 22).

Já em outras vertentes teóricas, a preocupação com os excessos do intervencionismo tecno-científico é manifestada por meio do conceito de medicalização da sociedade, do corpo e do parto.

A medicalização é comumente situada junto ao processo histórico de i) ampliação dos espaços de normatividade da medicina no que tange às representações estabelecidas do que seja a saúde e dos meios para obtê-la, junto à ii) ampliação quantitativa dos serviços médicos, do qual decorre que as populações são cada vez mais colocadas sob os cuidados médicos individuais – fenômenos que se desenrolam desde, no mínimo, o século XVIII (VIEIRA, 2002, p. 20-21).

Esse conceito passou a ser utilizado ao final da década de 1960 “para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina” e, desde então, consolidou-se como “um importante campo de interesse e desenvolvimento de pesquisas” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Nesse enquadramento histórico, é comum que os avanços tecnológicos da segunda metade do século XX sejam associados à intensificação da medicalização.

Quando o processo de expansão da legitimidade da Medicina nos mais diversos âmbitos sociais é referido por meio do termo medicalização, geralmente isso é feito numa conotação crítica.<sup>19</sup>

Especialmente quando se trata do tema do parto, afirma-se que a patologização desse acontecimento e o discurso medicalizante do risco foram

---

<sup>19</sup> Segundo Ortega e Gaudenzi, “Apesar de se tratar de um termo descritivo para indicar algo que ‘se tornou médico’, **a maioria dos autores o utilizou no contexto de crítica negativa ao excesso de medicalização** (Conrad, 2007), através da denúncia da crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam, criando conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de determinadas doenças e, portanto, da necessidade de controle e terapêutica das mesmas”. (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, grifos nossos).

estratégias de expansão da obstetrícia moderna, razões pelas quais se defende a necessidade de resgate da fisiologia natural do parto.<sup>20</sup>

Assim como Ivan Illich e outros autores estiveram preocupados, de maneira geral, com os efeitos iatrogênicos da medicalização e seu papel na diminuição da autonomia dos indivíduos, que passam a depender cada vez mais do saber de especialistas (GAUDENDI; ORTEGA, 2012), diversas autoras têm replicado essa crítica quando tratam da medicalização do parto (SENA, 2016; BELLI, 2013).

O controle médico do parto é referido como uma transferência de poderes das mulheres para os homens, devido *i)* à desvalorização dos conhecimentos tipicamente femininos das parteiras; bem como *ii)* à posição de submissão em que a parturiente é colocada pelo modelo hospitalar e intervencionista de atendimento ao parto. Mencionem-se:

Somos aos poucos arruinadas, subvertidas, não apenas pela precariedade com que controlamos nossa fertilidade, [...] mas também pelo imaginário religioso de martírio que nos exige uma maternidade de passividade e vitimização [...] pela maneira em que parimos em hospitais, cercadas por especialistas homens, negligentemente amarradas, deitadas e drogadas contra nossa vontade, nossos bebês arrancados de nós até que algum especialista nos diga quando estaremos autorizadas a abraçar ou alimentar nossos recém-nascidos (RICH, 1979, p. 269-270 *apud* DINIZ, 2001, p. 43).

Diante do material que possuo, o que sim posso afirmar é que uma nova representação de parto tem circulado e ganhado espaço em nossa sociedade [brasileira] e que, ao que tudo indica, um número cada vez maior de mulheres tem demonstrado o desejo de resistir ao controle médico, à medicalização do seu corpo e de protagonizar o seu parto (CARNEIRO, 2008).

O processo de medicalização faz com que as pessoas, primeiro, idolatrem especialistas para, depois, tornarem-se dependentes deles (SZAZ, 1972). E foi o que aconteceu às mulheres gestantes e parturientes com a transferência do saber relacionado ao manejo da gestação e parto das mãos das parteiras para o controle dos homens (CAHILL, 2001).

---

<sup>20</sup> “A **transformação de eventos tão naturais** como a menstruação, a gestação, o parto e a menopausa **em situações potencialmente arriscadas**, ou até mesmo sua interpretação como patologias, têm **levado a intervenções médicas mais do que desnecessárias: potencialmente perigosas, colocando em verdadeiro risco o bem estar físico e emocional das mulheres** (CAHILL, 2001). [...] se os processos de gestação e parto não são, por si sós, processos patológicos e, sim, processos normais da fisiologia do sexo feminino, se sobre eles estão sendo lançadas toda sorte de intervenção médica patologizante, não seria portanto razoável afirmar que está havendo uma brutal medicalização de seu processo? A resposta, infelizmente, é afirmativa. [...] Era necessário **desacreditar o evento da gestação e do parto como processos “naturais”**. **E isso foi feito mediante inserção do discurso medicalizante do risco. Foi justamente o discurso do risco e a reconceitualização do normal como anormal que atuou como pivô para o sucesso do parto como ato médico** (OAKLEY, 1980; VIEIRA, 2002; CAHILL, 2001)”. (SENA, 2016, p. 31-32, grifos nossos).

[...] As mulheres gestantes, numa analogia ao conceito proposto por Gaudenzi e Ortega (2012), teriam retiradas de si sua condição autônoma, sendo colocadas como objetos passivos de cuidados heterônomos, onde a obstetrícia passa a ser considerada como a grande conhecedora e apropriadora de seus corpos, excluindo-as de si mesmas enquanto seres detentores de subjetividades, crenças, direito de decisão e escolha. Assim, neste momento, privadas de si mesmas pelo domínio médico obstétrico, elas não disporiam mais de “saúde” como proposto por Canguilhem (1995), posto que não seriam consideradas capazes de lidar com seus próprios eventos de gestação e parturição.

Passa a ser retirado destas mulheres aquilo que as torna pessoas únicas, detentoras de seu direito básico de liberdade: o exercício pleno da autonomia. A autonomia representa o poder que todo indivíduo tem de apropriar-se de si e decidir por si e, juntamente com a liberdade, são condições fundamentais para que existam enquanto sujeitos de direitos (LALANDE, 1999).  
(SENA, 2016).

A perspectiva do respeito à fisiologia do parto e sua correlação com a autonomia feminina parece ter um ponto de contato com o conceito de violência obstétrica que tem sido utilizado nas últimas décadas por movimentos intelectuais e políticos, a exemplo do movimento “Somos todxs Adelir”, mencionado na seção inicial deste trabalho, e das teses de Lígia Moreiras Sena (2016) e Daniele Beatriz Manfrini (2017), dentre outros trabalhos.<sup>21</sup>

Além disso, o termo também foi recepcionado pelo ordenamento jurídico de alguns países latino-americanos. Venezuela (2007)<sup>22</sup>, Argentina (2009)<sup>23</sup> e Panamá (2013)<sup>24</sup> tipificaram civil ou penalmente a violência obstétrica como estratégia de prevenção, erradicação e punição à violência contra as mulheres.

---

<sup>21</sup> “Desde as décadas de 80 e 90, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promover a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 90, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país (TORNQUIST, 2004; AGUIAR, 2010; AGUIAR E D’OLIVEIRA, 2011; VENTURI ET AL., 2011). [...] Mencionar o movimento social é de crucial importância para a compreensão do tema. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação dos resultados acima mencionados, o movimento social de mulheres, e especificamente o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres e, só a partir de então, incorporada na produção científica nacional atual (DINIZ ET AL., 2015).” (SENA, 2016).

<sup>22</sup> Lei nº 38.668/2007, *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*.

<sup>23</sup> Lei nº 26.485/2009, *Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*.

<sup>24</sup> Lei nº 82/2013, *Tipifica el Femicidio y la Violencia contra La Mujer*.

No Brasil, além da aprovação de leis referentes à violência obstétrica por alguns entes federativos<sup>25</sup>, com alcance nacional tem-se a tramitação do Projeto de Lei nº 7.633, apresentado pelo deputado federal Jean Wyllys (PSOL) à Câmara dos Deputados, em 2014.

O PL nº 7.633/2014 conceitua a violência obstétrica de maneira quase idêntica às legislações venezuelana e argentina, repisando a preocupação com o desrespeito aos processos naturais do parto:

Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (art. 13 do PL nº 7.633/2014).<sup>26</sup>

Portanto, a violência obstétrica é um conceito presente em diversos contextos: projetos de lei, movimentos sociais pela humanização do parto – inclusive blogs e fóruns eletrônicos de discussão -, e pesquisas acadêmicas, notadamente nas áreas da antropologia, das ciências sociais, da Medicina Social e da Saúde Coletiva.

Embora Brigitte Jordan, Robbie Davis-Floyd, Michel Odent e Elizabeth Meloni Vieira não mencionem o termo violência obstétrica, a conceituação adotada no PL nº 7.633/2014 parece ser compatível com as críticas que referidos autores formulam em relação ao modelo tecnocrático/industrializado/medicalizado de parto.

O “tratamento desumanizado, [o] abuso da medicalização e [a] patologização dos processos naturais” são caracterizados como manifestações de

---

<sup>25</sup> Estado de Santa Catarina (Lei Estadual nº 17.097/2017) e os municípios de Curitiba/PR (Lei Municipal nº 14.958/2015), Uberlândia/ MG (Lei Municipal nº 12.315/2015), Caruaru/PE (Decreto Municipal nº 048/2016) e São José do Rio Preto/SP (Lei Municipal nº 12.867/2017).

No Estado de São Paulo, há a tramitação do Projeto de Lei Estadual nº 738/2013, o qual também contém referência expressa ao termo “violência obstétrica”. O Projeto já recebeu pareceres favoráveis das Comissões *i)* de Constituição, Justiça e Redação; *ii)* de Finanças, Orçamento e Planejamento; e *iii)* de Saúde.

Também há leis locais que não se referem ao termo “violência obstétrica”, mas consagram diretrizes para a humanização do parto, a exemplo dos Municípios de São Paulo/SP (Lei Municipal nº 15.894/2013) e Ribeirão Preto (Leis Municipais nº 13.082/2013 e nº 13.885/2016).

<sup>26</sup> Redação similar à que foi adotada na Lei venezuelana.

apropriação indevida da reprodução feminina, o que acarretaria prejuízo à “autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade”. Essa mesma perspectiva parece ter guiado as reações ao caso de Adelir Góes, com suas manifestações de repúdio à violência obstétrica e apelo ao mote “meu corpo, minhas regras”.

A despeito da diversidade de discursos que perpassam o tema do parto, percebe-se que as críticas ao padrão tecnocientífico de atendimento ao parto frequentemente reconhecem a necessidade de maior respeito à vontade e às necessidades da parturiente.

O propósito de inverter a postura atualmente predominante, fazendo com que a atuação profissional e o uso das tecnologias girem em torno da mulher e permitam seu protagonismo, muitas vezes é traduzido como um apelo à promoção da autonomia existencial e corporal das mulheres.

Mas, quando se analisam os fundamentos dos chamados “movimentos de humanização do parto” – terreno no qual emergiu o conceito de violência obstétrica (SENA, 2016) – nem sempre fica claro qual o espaço de autonomia efetivamente abrangido por seus discursos e práticas.

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é marcado por acentuado diálogo entre movimentos nacionais de mulheres e o Estado brasileiro, na qualidade de formulador e implementador de políticas públicas – talvez porque boa parte das ativistas pelo parto humanizado são também profissionais de saúde (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2003).

Nesse diálogo, parece existir relativo consenso de que a efetivação de um modelo de atendimento pautado na “medicina baseada em evidências científicas” - perspectiva consagrada em diversas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996, 2014) - seria um passo fundamental para a humanização do parto e o respeito aos direitos humanos das mulheres (DINIZ, 2001, p. 214).

De acordo com Carmen Simone Grilo Diniz, o processo de consolidação da medicina baseada em evidências remonta ao ano de 1979, considerado Ano Internacional da Criança. Nesse contexto, elaborou-se um comitê regional europeu destinado a estudar medidas de redução da morbidade e mortalidade perinatal e materna. Dentre os problemas identificados por aqueles especialistas, estariam o aumento de custos desproporcional à melhoria de indicadores de qualidade da

assistência e a verificação de controvérsias a respeito dos procedimentos mais adequados (DINIZ, 2001, p. 02).

Ao longo da década de 1980, centenas de grupos de pesquisadores se engajaram na ampliação dos estudos sobre a eficácia e segurança de diversos procedimentos médicos, o que daria início ao movimento pela medicina baseada em evidências (MBE).<sup>27</sup>

As evidências científicas resultantes dessa nova leva de estudos embasaram as recomendações emitidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na *Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth*, realizada na cidade de Fortaleza (CE), em 1985.

Relata-se que os movimentos brasileiros de mulheres passaram a dar mais atenção ao tema do parto e a defender propostas de “humanização” apenas nas décadas de 1980 e 1990 (CARNEIRO, 2015; DINIZ, 2001; TORNQUIST, 2003). Nesse período, o termo humanização era mais comumente adotado na América-Latina (DINIZ, 2001, p. 62).<sup>28</sup>

Mas, nas décadas seguintes, o termo humanização (*humanization, humane care, humane approach*) foi absorvido em alguns documentos internacionais relevantes, como a *International Midwives Conference* (set./2000) e a *International Conference on the Humanization of Childbirth* (nov./2000)<sup>29</sup>, esta última apoiada pela UNICEF e FNUAP (Fundos das Nações Unidas para Infância e para Assuntos de População) (DINIZ, 2001, p. 25).

---

<sup>27</sup> “[...] uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências, MBE (Cochrane, 1989; WHO, 1996; Wagner, 1997). Ainda que o movimento da MBE tenha tomado rumos diversos, mais progressistas ou mais conservadores, esta inspiração inicial é fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Trouxe à tona também o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas. Além disso, teve como forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes (Cochrane, 1973)”. (DINIZ, 2005, p. 630).

<sup>28</sup> Os discursos alternativos que circulavam nessa época em países como Estados Unidos e Inglaterra adotavam outras denominações, como parto natural, parto respeitoso (*respectful birth* ou *gentle birth*), parto ativo (*active birth*) e parto centrado na mulher (*women-centered childbirth*) (DINIZ, 2001, p. 24).

<sup>29</sup> “Nesta ocasião, definiu-se humanização como um princípio podendo ser aplicado não apenas ao parto, mas a qualquer aspecto do cuidado, dos doentes terminais, dos idosos, saúde e doença, educação, meio-ambiente, economia, política e cultura. Seria um meio para encorajar e dar poder aos indivíduos e grupos, devendo ser um conceito-chave para o desenvolvimento de uma sociedade sustentável no século 21. Conclamaram-se todos os governos, organizações da ONU, organizações internacionais e organizações não-governamentais a desenvolver ações para promover a humanização (Umenai et al., 2001)” (ANDRADE; VAITSMAN, 2005, p. 609).

No Brasil, entre 15 e 17 de outubro de 1993, reuniram-se em Campinas profissionais de saúde interessados em discutir “a situação atual do nascer em nossa sociedade” (REHUNA, s.d.). Desse encontro, pautado na perspectiva da medicina baseada em evidências afirmada pela OMS<sup>30</sup>, resultaram a divulgação de um documento intitulado *Carta de Campinas* e a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa).

A fundação da ReHuNa é considerada um marco importante na história do ativismo pelo parto humanizado. E também é representativa da importância que a OMS e o discurso científico têm galgado, inclusive dentre os movimentos sociais. Assim, adequar-se às recomendações da OMS consolidou-se como um dos sentidos comumente atribuídos ao termo “parto humanizado” (DINIZ, 2005, p. 633).

Mas não se pode olvidar que o termo humanização tem sido utilizado por diversos agentes em múltiplos contextos. Consequentemente, tem recebido uma grande variedade de significações.

Além do sentido de “adequação às recomendações da OMS”, Diniz identificou outras sete conotações, harmonizáveis ou conflitantes entre si, nas quais a humanização aparece como: *i)* legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento; *ii)* resultado da tecnologia adequada na saúde da população; *iii)* legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto; *iv)* legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; *v)* legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; e *vi)* direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto (DINIZ, 2005, p. 633-635).

Nessas definições, encontram-se apelos à integridade, saúde ou bem-estar psicofísico, ao uso apropriado da tecnologia, ao respeito à fisiologia do parto e à autonomia da parturiente para decidir acerca das intervenções médicas a que aceita ser submetida.

---

<sup>30</sup> “A superposição entre a crítica política (da organização do cuidado) e a crítica à técnica (da indicação clínica dos procedimentos) é tão intensa, que a adesão à Rehuna por seus filiados é condicionada exatamente à defesa por parte dos mesmos daqueles textos técnico-políticos (WHO, 1985; 1996)” (DINIZ, 2005, p. 633).

### 1.3 TECNOCRACIA E CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: A MULHER E O NASCITURO.

No caso de Adelir Góes, a afirmação da autoridade do saber médico não foi precipuamente orientada pela finalidade de proteção da gestante, mas, sobretudo, de resguardo da vida do nascituro. O direito de recusa à intervenção médica foi relativizado em nome da necessidade de proteção de um sujeito *outro*, também interessado na realização de um parto seguro: o feto. A recusa de Adelir foi interpretada como um ato que arriscava a vida de outro sujeito e, assim, o caso foi julgado sob a perspectiva do conflito de interesses entre parturiente e feto.

A obstetra também pareceu compartilhar da visão conflituosa da relação entre mãe e filho – relata-se que ela teria repreendido Adelir por sua irresponsabilidade. Pode-se imaginar que, do seu ponto de vista, Adelir caracterize-se como uma mulher disposta a arriscar a vida de seu filho para satisfazer um “capricho” (sua vontade de ter um parto vaginal). Embora a médica tenha se restringido à utilização do termo “irresponsável”, é significativo que o relato de Adelir tenha incluído o termo “capricho”.

Sentindo o peso desses julgamentos, Adelir precisou se explicar. E fez questão de relatar fatos de sua vida aptos a demonstrar que sua recusa à cesariana não é um mero capricho e que ela nunca esteve disposta a arriscar a vida de seu filho. Se Adelir utiliza essa linha argumentativa para se defender, é provável que essa linha acusatória estivesse de algum modo presente nos interrogatórios a que foi submetida.

Acrescente-se que, em entrevista concedida posteriormente pela magistrada que julgou Adelir, houve uma tentativa de disfarce do conflito. Insinuou-se que, se Adelir fosse capaz de compreender que a cesárea era necessária para salvar a vida de sua filha, haveria de concordar que a cirurgia era a melhor alternativa disponível.

Nesse discurso, o apelo à ignorância da gestante sobrepôs a acusação de irresponsabilidade com o objetivo de sustentar a alegação de que a ordem judicial teria levado em consideração também o interesse de Adelir na preservação da vida de sua filha. Não haveria conflito porque, a despeito de ter sido necessária uma cesárea compulsória, o melhor interesse de todos teria sido contemplado. E, o fato de Adelir e sua filha estarem vivas apenas reforçaria o sucesso da intervenção imediata.



A faceta perversa desse discurso consiste em que dele resulta a seguinte conclusão: se Adelir não é responsável ou esclarecida o suficiente para aquiescer à ordem médica, representa uma ameaça ao feto e, conseqüentemente, isso legitimaria o Estado a rogar-se à posição de benfeitor daquilo que se considera um ser vulnerável aos desatinos de sua mãe.

Retomando as lentes de análise de Robbie Davis-Floyd, pode-se cogitar que a prevalência dos direitos do feto em detrimento dos direitos da gestante seja mais uma das decorrências da assunção do saber médico de tipo tecnocrático como o *authoritative knowledge* vigente.

Conforme se mencionou antes, o parto tecnocrático pauta-se na visão do corpo como máquina. Dissociado da mente, o corpo é reduzido a um conjunto de processos orgânicos previsíveis e controláveis. O médico, principal habilitado à condução desses processos, atua tal como um mecânico a consertar uma máquina (MAIA, 2010, p. 34).

O recurso à imagem do corpo como máquina é uma possível chave de leitura de diversos aspectos incômodos no modelo tecnocrático de parto: o médico que se coloca como sujeito protagonista do parto, desvalorizando a individualidade e a vontade da parturiente; a desconsideração dos estados emocionais como fatores interligados às respostas fisiológicas; a perspectiva do parto como momento patológico, aliada à pressuposição de que o corpo feminino seja incapaz de dar conta dessa situação por si só (corpo feminino como máquina defeituosa); tudo isso redundando no recurso a excessivas, precipitadas e desnecessárias intervenções médicas sobre os processos fisiológicos, com efeitos devastadores para as mulheres.

Sob esse paradigma, a perfeição do trabalho médico é definida pelo sucesso na operação de retirada do bebê com vida de dentro do útero de sua mãe. O bem-

estar da parturiente é secundário em relação a tal objetivo, pois o parto constitui-se, em última instância, como uma relação entre o médico e o produto do útero.<sup>31</sup>

Caracterizado o parto como um processo excruciante e perigoso, a medicina elevou o conhecimento técnico ao papel de garantidor da vida e integridade física da gestante e, principalmente, do bebê. Sob essa perspectiva, mãe e bebê são encarados como uma “díade conflitante”, em vez de uma unidade (MAIA, 2010, p. 36).

Durante a gravidez, o útero é o *habitat* do feto, antes de ser uma parte do corpo da mulher. Disso resultaria o enquadramento de mãe e feto como pólos de um potencial conflito de interesses.<sup>32</sup>

O que se pretende destacar, por ora, é que esse ângulo de visão – mãe e bebê como uma díade conflitante - é propiciado por um contexto cultural de personificação do feto. Ao tratar desse aspecto, Rosalind P. Petchesky constata que, ao longo da década de 1980, os fetos tornaram-se mais visíveis e consolidaram sua presença no imaginário coletivo, inclusive de juízes, médicos e mulheres (PETCHESKY, 1987, p. 263).

A despeito de a Suprema Corte norte-americana já ter reconhecido e reafirmado o direito de escolher abortar, a existência social do feto permaneceu atingida por constantes ressignificações especialmente atravessadas pelo recurso à imagem (PETCHESKY, 1987). Conferir publicidade aos fetos é uma estratégia

---

<sup>31</sup> “Na percepção do corpo como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. Dessa, o parto é considerado como o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero. Segundo Martin (2006), essa imagem é fundante e fundamental na concepção da obstetrícia moderna, por três razões. Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito ativo do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto. Segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto. Nos termos do modelo tecnocrático duro, o trabalho de parto é visto como processo puramente fisiológico, e não emocional; se algum fator emocional o facilita ou dificulta, ele não é reconhecido como tal – por exemplo, o fato de a mulher ficar sozinha durante o trabalho de parto não é reconhecido como um dificultador do processo. Terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (rompimento do saco amniótico pelo médico, aplicação de ocitocina, realização da cesariana, etc.)”. (MAIA, 2010, p. 35).

<sup>32</sup> “As a result, the pregnant woman is increasingly put in the position of adversary to her own pregnancy/fetus, either by having presented a “hostile environment” to its development or by actively refusing some medically proposed intervention (such as a cesarean section or treatment for a fetal “defect”)” (PETCHESKY, 1987, p. 271-272).

“Como resultado, a gestante é cada vez mais colocada na posição de adversária de sua própria gestação/feto, seja por apresentar um ‘ambiente hostil’ ao seu desenvolvimento ou por recusar ativamente alguma intervenção médica recomendada (como uma cesariana ou tratamento para um ‘defeito’ fetal)” (PETCHESKY, 1987, p. 271-272, tradução livre).

poderosa para fazer com que a atribuição de personalidade a esses seres constitua “uma profecia auto-realizável” (PETCHESKY, 1987, p. 264).

Petchesky recortou as imagens fetais constantes nos filmes *2001: Uma Odisséia no Espaço* (*2001: A Space Odyssey*, Stanley Kubrick, 1968) e *O Grito Silencioso* (*The Silent Scream*, Bernard Nathanson, 1984) com o propósito de evidenciar representações do feto como um ser individualizado e apartado de sua mãe.

A “Criança Estelar” (*Star Child*) presente nos últimos minutos do filme de Kubrick assemelha-se a um feto dentro do útero. Mas, o feto no útero paira no espaço sideral, como se fosse capaz de sobreviver desassistido (SOFIA, 1984 *apud* PETCHESKY, 1987). Nessa evocação imagética do feto, que carrega simbolismos de vida, morte, evolução e tecnologia, estão completamente invisíveis quaisquer referências à mulher, à mãe, ao corpo grávido, ao feminino. Trata-se de uma imagem fetal construída do ponto de vista de um observador externo masculino, e o feto representa a masculinidade subjacente à categoria do humano: “*It is not the image of a baby at all but of a tiny man, a homunculus*” (PETCHESKY, 1987, p. 268).<sup>33</sup>

Já no filme *The Silent Scream*<sup>34</sup>, que trata do aborto de um feto de 12 semanas, a imagem de uma grávida aparece por cerca de dois minutos apenas. Esse tempo é suficiente para que o espectador perceba que, apesar de a mulher não parecer estar grávida, é indubitável a existência de uma vida pulsando dentro de si. O exame ultrassom demonstra (comprova, expõe ao público) que há um feto vivo dentro daquela mulher, e que ele é um humano como nós (PETCHESKY, 1987, p. 267).

Referida cena inicia com uma mulher branca, jovem, magra e maquiada entrando no consultório médico e deitando-se para realizar um exame ultrassom. Enquanto isso, o narrador explica o modo de funcionamento do exame, chegando à

---

<sup>33</sup> “Não é a imagem de um bebê, mas de um pequeno homem, um homúnculo” (PETCHESKY, 1987, p. 268, tradução livre).

<sup>34</sup> Ao longo de todo o filme, as imagens são narradas e interpretadas pelo médico e diretor Bernard Nathanson. Conforme a sinopse de Lilian K. Chazan: “O vídeo registra, através de ultra-som, o aborto de um feto de 12 semanas e intercala essas imagens com a mesa cirúrgica de aborto e com um médico, dr. Nathanson, ‘explicando’ o que está sendo visto, tudo isso acompanhado por uma melodia de órgão como fundo musical. O ultra-som mostra a cânula de aspiração sendo introduzida no útero da mulher, e o feto ‘tentando escapar’ movimentos rápidos – e finalmente ‘lançando a cabeça para trás’, em um ‘grito silencioso’.” (CHAZAN, 2007, p. 51-52).

conclusão de que esse dispositivo tecnológico é capaz de projetar na tela de um computador a imagem da criança não nascida (*unborn child*).

Então, mostram-se as cenas do feto, nas quais se projeta a figura de um minúsculo ser humano dotado de movimentos próprios. Na sequência, a grávida desaparece e o feto torna-se protagonista, mediante o auxílio da narração do Dr. Nathanson.

Mulheres só voltam a aparecer ao final do filme. Após explorar a perspectiva da vitimização do feto de 12 semanas que foi abortado (nas palavras do locutor, “exterminado”), mostram-se imagens de mulheres (novamente, jovens e brancas) com semblantes de tristeza, culpa e desespero. Ao fundo, o narrador afirma que, assim como os fetos, também as mulheres são vítimas dos interesses corporativos e criminosos da indústria norte-americana do aborto:

*In 1973, first year in which that Row v. Wade decision prevailed in this country, there were 750,000 abortions done and, in 1983, last year for which we have full and complete figures, there were 1.5 million abortions. Now **let's look at abortion as an industry.** [...] the average cost of abortion is about three to four hundred dollars per operation. This has created an industry in this country of about five to six hundred million dollars a year, which would qualify to be on the 4,500 list of largest industries in world. 90% of these monies are going into the pockets of physicians and the remainder into the pockets of the entrepreneurs who run the clinics. [...] **clinics are being franchised out like fast food services across the country.** We know there are chains of them in California and through the Southwest and even in the Southeast of the United States, and there is some evidence now that increasing these clinics are falling into the hands of the mafia of the crime syndicate here in United States. And that this money, **abortion money**, is **tainted not only by the blood of the innocent victims of abortion, but by the dark hand of the crime syndicate in the United States.** In discussing abortion, you must also understand that the unborn child is not the only victim. **Women themselves are victims, just as the unborn children are.** Women have not been told of the true nature of the unborn child, they have not been shown the true facts of what an abortion really is. [inicia-se uma sequência de imagens de mulheres tristes, culpadas e desesperadas] Women in increasing numbers, hundreds, thousands, even tens of thousands have had their wombs perforated, infected, destroyed; women have been sterilized, castrated, all as a result of an operation of which they have had no true knowledge. **This film, other films which may follow like, must be made a part of the informed consent for any woman before she submits herself to a procedure of this sort.** [...] we have a science which is known as fetology, which has allowed us to study the human fetus. But all of those studies have concluded, without exception, that **the unborn child is a human being indistinguishable from any of us and an integral***

*part of our human community*". (THE SILENT SCREAM, 1984, 21'58"-26'26", grifos nossos).<sup>35</sup>

Mais uma vez (assim como no caso de Adelir), percebe-se o recurso à ignorância das mulheres como estratégia de disfarce do conflito. Embora o Dr. Nathanson se posicione abertamente contra a decisão tomada pela Suprema Corte norte-americana no caso *Roe v. Wade* e, portanto, esteja demarcando sua posição num conflito que é também político, ele sugere que as mulheres não optariam pelo aborto se tivessem conhecimento da natureza humana do feto, de sua capacidade de sentir dor e de sua vontade de viver. Se elas soubessem disso, não existiriam abortos e, conseqüentemente, o bem-estar de todos os envolvidos (mãe e criança) seria atingido.

Em debates posteriores, pontuou-se que as imagens e informações transmitidas no filme foram distorcidas. Os movimentos rápidos do feto seriam um truque de edição, assim como seriam falsas as inferências de que um feto de 12 semanas é capaz de sentir dor ou gritar. Nesse sentido, não se pode afirmar que o filme veicule um discurso propriamente científico (PETCHESKY, 1987, p. 267).

De todo modo, é interessante notar que se reveste de uma "aura de autoridade médica, associada à sedução da tecnologia e ao impacto cumulativo de imagens fetais da década que o antecedeu" (CHAZAN, 2007, p. 52).

---

<sup>35</sup> "Em 1973, primeiro ano em que a decisão *Roe vs. Wade* produziu efeitos neste país, foram realizados 750.000 abortos e, em 1983, último ano para o qual temos dados completos, houve 1,5 milhão de abortos. Agora vamos analisar o aborto como uma indústria. [...] o custo médio do aborto é de cerca de trezentos a quatrocentos dólares por operação. Isso criou uma indústria neste país de cerca de cinco a seis milhões de dólares por ano, o que a qualificaria para integrar a lista das 4.500 maiores indústrias do mundo. 90% desses recursos estão indo para os bolsos dos médicos e o restante para os bolsos dos empresários que administram as clínicas. [...] clínicas estão sendo franqueadas como serviços de fast food em todo o país. Sabemos que há franquias delas na Califórnia, no sudoeste e até mesmo no sudeste dos Estados Unidos, e há indícios de que essas clínicas estão cada vez mais caindo nas mãos da máfia do sindicato do crime aqui nos Estados Unidos. E que esse dinheiro, o dinheiro do aborto, está manchado não só pelo sangue das vítimas inocentes do aborto, mas pela mão escura do sindicato do crime nos Estados Unidos. Ao discutir o aborto, você também deve entender que o feto não é a única vítima. As próprias mulheres são vítimas, assim como os nascituros são. As mulheres não foram informadas sobre a verdadeira natureza do feto, não lhes foram mostrados os verdadeiros fatos acerca do que realmente é um aborto. [inicia-se uma sequência de imagens de mulheres tristes, culpadas e desesperadas] Mulheres em número crescente, centenas, milhares e até dezenas de milhares tiveram seus úteros perfurados, infectados, destruídos; as mulheres foram esterilizadas, castradas, tudo como resultado de uma operação da qual não tiveram conhecimento verdadeiro. Este filme, outros filmes que podem vir a seguir, devem fazer parte do consentimento informado para qualquer mulher antes que ela se submeta a um procedimento desse tipo. [...] temos uma ciência que é conhecida como fetologia, que nos permitiu estudar o feto humano. Mas todos esses estudos concluíram, sem exceção, que o feto é um ser humano indistinguível de qualquer um de nós e parte integrante de nossa comunidade humana" (THE SILENT SCREAM, 1984, 21'58"-26'26", tradução livre).

Independentemente de sua correção científica, o filme atingiu seu objetivo de caracterizar os fetos como crianças vulneráveis, e a criança abortada como vítima de uma indústria de extermínio orientada pelo objetivo de lucro.<sup>36</sup>

Os filmes já referidos são apenas exemplos de um vasto universo de representação cultural do feto. Segundo pontua Carol Sanger, a existência social e imagética do feto é suscitada não só pelos movimentos pró-vida, mas também por designers gráficos, cartunistas, anunciantes, artistas, cientistas e médicos (SANGER, 2017, p. 71-72). Segundo Petchesky, um dos efeitos da exploração imagética do feto é a sua afirmação como um ser individual e autônomo desde o momento de sua concepção.

A possibilidade de visualizar o feto é um vetor de reconfiguração das fronteiras do corpo feminino. O feto passou a estar, concomitantemente, dentro e fora do corpo de sua mãe (PETCHESKY, 1987, p 272).<sup>37</sup>

Num contexto tecnocrático, médicos e gestantes compartilham da crença na objetividade do saber científico. Sem atentar para a carga de subjetividade envolvida na interpretação das imagens, considera-se que as máquinas e os médicos sejam capazes de revelar a verdade a respeito da ontologia do feto:

*Ultrasound is in fact nothing else than taking a Picture of the foetus. It has therefore the same attributes as any other kind photography, most importantly in this context, it is linked with positivism (Petechsky,1987) As Bazin (1980: 241) has pointed out: The objective nature of photography confers on it a quality of credibility ... . In spite of any objections our critical spirit may offer, we are forced to accept as real the existence of the object*

---

<sup>36</sup> Apesar de ter sido produzido em outro país e há mais de 30 anos, o filme ainda circula no contexto brasileiro. Mencione-se, por exemplo, que já foi exibido em audiência pública acerca do aborto (CHAZAN, 2007, p. 52) e, mais recentemente, recomendado por dois comentaristas no Mural do Cidadão, espaço disponibilizado no site do Senado Federal, em debate sobre proposta de regulamentação da interrupção voluntária da gravidez (BRASIL, 2015).

<sup>37</sup> “Such images blur the boundary between fetus and baby; they reinforce the idea that the fetus’s identity as separate and autonomous from the mother (the “living, separate child”) exists from the start. Obstetrical technologies of visualization and electronic/surgical intervention thus disrupt the very definition, as traditionally understood, of “inside” and “outside” a woman’s body, of pregnancy as an “interior” experience.” (PETCHESKY, 1987, p. 272).

“Essas imagens confundem a fronteira entre o feto e o bebê; elas reforçam a idéia de que a identidade do feto como separada e autônoma da mãe (a ‘criança separada e viva’) exista desde o início. As tecnologias obstétricas de visualização e intervenção eletrônica/ cirúrgica perturbam a própria definição, como tradicionalmente entendida, de ‘dentro’ e ‘fora’ do corpo da mulher, da gravidez como uma experiência ‘interior’.” (PETCHESKY, 1987, p. 272, tradução livre).

*produced, actually, re-presented, set before us, that is to say, in time and space* (ZECHMEISTER, 2001, p. 392).<sup>38</sup>

Esse processo não deve ser confundido com o aspecto da atribuição de personalidade jurídica ao nascituro. Trata-se, antes de tudo, de um fenômeno que já fincou suas raízes no âmbito cultural e se reproduz nas práticas obstétricas e usos cotidianos das tecnologias (PETCHESKY, 1987, p. 271).

Diversas autoras atribuem destaque ao uso rotineiro do ultrassom como um dos componentes da medicalização da gravidez (ZECHMEISTER, 2001, p. 387) e também como um instrumento relevante na construção contemporânea das subjetividades da mãe e do bebê.<sup>39</sup>

Não que o ultrassom, por si só, tenha essa capacidade de personificar o feto. Mas, trata-se de uma tecnologia inserida em sociedades que já valorizavam o sentido da visão (PETCHESKY, 1987) e que enxergaram nesse novo instrumento uma oportunidade para o alcance de diversas finalidades correlatas ao ato de ver, tais como a disciplina, o controle e as sensações de intimidade e segurança.

Um ponto frequentemente ressaltado por autoras feministas consiste em que, paralelamente à crescente publicização e individualização do feto, tem havido uma correspondente invisibilidade do corpo feminino. O feto é desenraizado do contexto onde, concretamente, se passa a sua existência, e a mulher passa a ser vista e tratada como mero receptáculo. Em outros termos, a fetichização do feto aprofundaria a objetificação do corpo feminino (PETCHESKY, 1987, p. 275-278). Vale acrescentar que, na literatura brasileira sobre o parto, também ecoa essa crítica à objetificação do corpo feminino (BELLI, 2013; SENA, 2016).

Mas, conforme já alertava Petchesky, a imagem da mulher vitimizada ou oprimida não é um retrato suficientemente completo das relações que se passam. A autora pontua que, embora a cena da mulher que observa passivamente a imagem do feto projetada numa tela guarde certa verdade fenomenológica, os indícios de

---

<sup>38</sup> “O ultra-som, na verdade, nada mais é do que tirar uma Foto do feto. Tem, portanto, os mesmos atributos que qualquer outro tipo de fotografia, para mencionar o que mais importa neste contexto, está ligado ao positivismo (Petchesky, 1987). Como Bazin (1980: 241) apontou: A natureza objetiva da fotografia lhe confere uma qualidade de credibilidade... Apesar de quaisquer objeções que nosso espírito crítico possa oferecer, somos forçados a aceitar como real a existência do objeto produzido, efetivamente, re(a)presentado, colocado diante de nós, isto é, no tempo e no espaço.” (ZECHMEISTER, 2001, p. 392, tradução livre).

<sup>39</sup> “A possibilidade de visualização das imagens fetais tornou-se um elemento potente para a constituição de um deslizamento de ‘feto’ para ‘bebê’, deste para ‘Pessoa’ e – com a intervenção da medicina fetal – ‘paciente’. [...]” (CHAZAN, 2007).

que dispomos sugerem que essa mulher provavelmente não se sinta inferiorizada e tampouco acredite que o uso desse aparato tecnológico tenha o efeito de distanciá-la do feto ou de consolidar essa relação sob os termos de uma “díade conflitante”.

Justamente ao contrário, muitas mulheres relataram que se sentiram mais próximas de seus filhos depois do exame ultrassom, e até mesmo que o bebê teria se tornado “mais real” para elas depois de ter sido visto (PETCHESKY, 1987).

Um aspecto peculiar do ultrassom consiste em que, diferentemente de outras “tecnologias de imageamento médico”, instaura-se um cenário altamente interativo entre o médico e a gestante, no qual se torna mais evidente a tensão entre objetividade e subjetividade:

A ‘objetividade’ estaria representada, em primeiro lugar, pela existência concreta de um embrião ou feto; e pela tecnologia e sua manipulação pelo profissional, proporcionando dados ‘precisos’, ‘técnicos’, sobre os estados de saúde fetal e materno. A ‘subjetividade’ estaria operando em três níveis, qualitativamente diferentes, que se alternam ou coexistem de modo dinâmico.

O primeiro nível seria o da decodificação e o da interpretação, em termos médicos e técnicos, das sombras cinzentas que aparecem na tela do monitor. O segundo nível estaria vinculado a perturbações na rotina do exame motivadas pelos aspectos emocionais mobilizados pela interação gestante-médico no decorrer da sessão ultra-sonográfica. Por fim, o terceiro nível, no qual a subjetividade do profissional se faz presente, consistiria na atribuição de significados e na conseqüente subjetivação das imagens fetais, calcadas necessariamente nas crenças e nos valores dos médicos que executam o exame. Neste nível, gestantes e acompanhantes participam de modo especialmente ativo. (CHAZAN, 2007, p. 84).

Tal como o Dr. Nathanson no filme *O Grito Silencioso*, os médicos ultrasonografistas exercem a função de interpretar e narrar as imagens fetais para as gestantes. Nessa atividade, eles não apenas relatam constatações objetivas acerca do estado do feto (tamanho, peso, etc.), mas também participam do processo de “subjetivação das imagens fetais” (CHAZAN, 2007).

Destaque-se, de partida, que o médico quase sempre se refere ao “bebê”, ao invés do “feto” (CHAZAN, 2007). Relata-se que, por vezes, os ultra-sonografistas chegam a falar com a mãe como se fosse o bebê quem falasse (PETCHESKY, 1987).

É curioso notar que, embora a linguagem médica seja valorizada por médicos e pacientes em diversos contextos e inclusive na cena do ultrassom, quando se trata de fazer referência ao ser que está dentro do útero, o termo “feto”, típico do vocabulário médico acadêmico, é relegado. Possivelmente, porque todos



os envolvidos concordam que o termo “bebê” seja mais apropriado, pois carrega um sentido mais completo em relação à forma como esse ser é percebido, isto é, como um ser humano.

Chazan observou que os médicos também se envolvem na atribuição de sentido à movimentação fetal. Movimentos possivelmente reflexos já são descritos nos termos de um bebê se escondendo, ou então se exibindo, dando tchau, fazendo birra (por ter virado de costas enquanto se realizava o exame), etc. Correlatamente, projetam-se traços de personalidade ou estados emocionais: um bebê tímido, extrovertido, preguiçoso, tranqüilo, apressado.

Um profissional observado por Chazan, por exemplo, mesmo reconhecendo a falta de amparo científico para sua fala, compartilha com a gestante sua impressão de que o gesto de abrir e fechar a boca seja um bocejo e que isso, por sua vez, sinalize que o bebê não está estressado:

Dr. Sílvia: Aqui a imagem da face... (...) abriu a boca... [A imagem, de perfil, abre e fecha a boca.]

P: [Para G.] Fechou, tá vendo?

Dr. Sílvia: Isso eu acho bom... uma criança que boceja dentro do útero, tá tranqüilo... Isso não tem nada a ver com medicina, mas a gente tem a impressão... ninguém boceja em situação de stress... (Clínica C) (Ênfase minha).(CHAZAN, 2007, p. 127).

Ainda assim, é inviável afirmar que a individuação do feto seja imposta pelo médico à gestante. Talvez seja estimulada, até mesmo por influência dos estudos segundo os quais a visualização do feto pode contribuir para o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho. Também pode ser que, em nosso contexto cultural, a própria visualização cumpra esse papel, em grande medida<sup>40</sup> - ou seja, independentemente da intencionalidade do médico. Ainda assim, não se olvide que as gestantes também se engajam nesse movimento.

Ressalte-se que, no campo etnográfico explorado por Chazan (três clínicas privadas que atendem, por convênio ou particular, camadas da classe média), além da relação médico/paciente, existe a relação prestador de serviço/consumidor. O

---

<sup>40</sup> “Um aspecto a ressaltar é que, no universo observado, as imagens ultra-sonográficas exercem um poder quase ‘hipnótico’, sendo difícil para todos despregar os olhos da tela do monitor do aparelho ou da TV a ele conectada (existente nas clínicas A e C). As imagens polarizavam o olhar de todos os presentes na sala de exame. No início do trabalho de campo, por diversas vezes dei-me conta do quanto era difícil desviar a atenção do monitor, sendo necessário me disciplinar para não ser ‘cooptada’ pela cultura nativa, magnetizada pelas imagens, e conseguir focalizar a observação nos discursos, interações e negociações que ocorriam incessantemente.”(CHAZAN, 2007, p. 76).

alto investimento na atualização dos aparatos tecnológicos tem o objetivo de conquista da clientela, e não só de obtenção de meios mais eficazes de monitoramento da saúde materna e perinatal.

Relata-se que os profissionais despendem um tempo extra em busca da visualização das melhores poses do bebê, de “fotos” que satisfaçam os consumidores. Procura-se, ainda, estabelecer um “clima” agradável, descontraído ou instigante; enfim, atraente ao público e condizente com a oferta do ultrassom como um espetáculo, como objeto de desejo e de consumo (CHAZAN, 2007).

Esses médicos, individualmente considerados, não estão apenas criando necessidades (por exemplo, induzindo o vínculo materno-filial mediante a exposição forçada de imagens), mas também respondendo a expectativas e demandas enraizadas num contexto cultural que antecede o momento da realização do exame ultrassom. Trata-se, pois, de um fenômeno mais complexo do que a mera vitimização das mulheres por um poder tecnocrático exercido verticalmente (CHAZAN, 2007; PETCHESKY, 1987).

Mas, o breve e parcial retrato estabelecido até aqui não visa perscrutar os processos de subjetivação da mãe e do bebê. Do exposto, o que se pretende destacar é que, apesar de sua incapacidade de decidir, falar ou agir por si próprio, o feto é um agente cultural ao qual se tem atribuído crescente importância (SANGER, 2017, p. 71).

Na verdade, a própria caracterização do feto como um ser indefeso porque incapaz de falar por si próprio é criada e reforçada por agentes outros que não o feto. Não é raro, portanto, que interesses externos sejam projetados em seu nome e por meio de sua imagem: “*Others act on its behalf, or sometimes on their own behalves, using fetal images and imagined or projected fetal interests to accomplish a particular end.*” (SANGER, 2017, p. 71).<sup>41</sup>

Essas disputas estão refletidas no campo político-jurídico. No ordenamento brasileiro, o feto adquire o *status* de sujeito de direito a partir do seu nascimento com vida (art. 2º do Código Civil), embora permaneça destituído de capacidade para realizar atos da vida civil em nome próprio (art. 3º do CC) e dependa crucialmente de cuidados alheios para manter-se vivo.

---

<sup>41</sup> “Outros agem em seu nome, ou às vezes por conta própria, usando imagens fetais e interesses fetais imaginados ou projetados a fim de alcançar um fim específico.” (SANGER, 2017, p. 71, tradução livre).

No contexto das propostas em trâmite no Poder Legislativo, é evidente que a questão se encontra sob disputa. Alguns defendem que a vida humana deve ser resguardada com absoluta prioridade desde o momento da concepção, enquanto outros postulam a ampla legalização do aborto até a 12ª semana de gestação e mesmo depois, em algumas hipóteses excepcionais.

Referidos critérios temporais são controversos. São diversos e arbitrariamente selecionados os fatos mencionados com o objetivo de humanizar ou desumanizar o feto, a depender dos contextos discursivos e finalidades visadas.

Por exemplo, em texto descritivo das etapas do “desenvolvimento da criança”<sup>42</sup>, publicado no site do Governo Federal no ano de 2011, o feto é referido como um bebê apenas a partir do quarto mês de gestação (PORTAL BRASIL, 2014).<sup>43</sup>

Em 2007, os deputados Luis Bassuma e Miguel Martini apresentaram o Projeto de Lei nº 478, denominado Estatuto do Nascituro. Em referida proposta legislativa, afirma-se que “o nascituro adquire personalidade jurídica ao nascer com vida, mas sua natureza humana é reconhecida desde a concepção” (art. 3º). Na justificativa, o nascituro é referido como uma “criança por nascer”.

Já o Projeto de Lei nº 8.116/2014, de autoria dos deputados Alberto Filho, Arolde de Oliveira e Leonardo Monteiro, visa conferir “plena proteção jurídica” aos direitos dos nascituros “à vida, à saúde, ao desenvolvimento e à integridade física e os demais direitos de personalidade [...]” (§ 1º do art. 3º).

Pontuando, na seqüência, que “os direitos patrimoniais do nascituro ficam sujeitos à condição resolutiva, extinguindo-se, para todos os efeitos, no caso de não ocorrer o nascimento com vida” (§ 2º do art. 3º), a proposta parece restringir o alcance do regime da “expectativa de direito” (cf. art. 2º do Código Civil) ao campo das relações patrimoniais, com vistas a que o nascituro possa gozar plenamente de direitos existenciais desde o instante de sua concepção. Atribui-se à família, à sociedade e ao Estado o dever de conferir “absoluta prioridade” aos direitos do nascituro (art. 4º).

---

<sup>42</sup> “O início do período gestacional é calculado de acordo com o primeiro dia do último ciclo menstrual. A partir daí, as 40 semanas que compõem a gestação são fundamentais para a formação do bebê. Acompanhe abaixo como ocorre o desenvolvimento da criança a cada mês.” (PORTAL BRASIL, 2014).

<sup>43</sup> “Nessa fase, o bebê mede cerca de 16 cm e começa a se movimentar, sugar e engolir. Ele também é capaz de perceber alterações de luz e diferenciar gostos amargos e doces” (PORTAL BRASIL, 2014).

Em sentido diverso, a redação original do Anteprojeto do Novo Código Penal (Projeto de Lei do Senado nº 236/2012) manteve a tipificação penal do aborto, mas reduziu sua pena e acrescentou nova hipótese excludente de ilicitude, nos seguintes termos:

se por vontade da gestante, até a décima segunda semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade.(inciso IV do art. 128 do PLS nº 236/2012).

Assim, a autonomia da gestante para interromper a gravidez é condicionada ao primeiro trimestre da gestação e à apresentação de atestado médico ou psicológico de inaptidão para o exercício da maternidade. Referida excludente de ilicitude foi justificada pela Comissão de Juristas responsável pela autoria da proposta da seguinte maneira:

[...] Sem o crime, a prática [do aborto] poderia ser adotada de modo fútil ou caprichoso, como forma de controle de natalidade incompatível com a ordem constitucional defensora da vida. [...] Por fim, entendeu a Comissão que estados psicológicos mórbidos, como a adicção por entorpecentes, verificados por médico, poderiam, até a décima- segunda semana da concepção, afastar a tipicidade do procedimento abortivo. Forte na proteção do direito à maternidade e à vida, manteve-se a grave conduta de praticar o aborto sem o consentimento da gestante, punível com a pena de quatro a dez anos de prisão.

Mais que a autonomia da gestante, a proposta parece tutelar o exercício responsável da maternidade. E, atribui aos saberes de médicos e psicólogos a função de discernir a aptidão da mulher para corresponder ao ideário materno, cuja satisfação pressupõe um conjunto de recursos financeiros, físicos, mentais e emocionais que habilitam ou não uma mulher a prestar cuidados adequados a seu(s) filho(s).

Somando-se às discussões legislativas, o deputado Jean Wyllys apresentou o Projeto de Lei nº 882/2015, no qual se reconhece o direito à interrupção voluntária da gravidez durante as doze primeiras semanas da gestação (art. 11). Após esse período, a interrupção voluntária seria lícita apenas nas hipóteses descritas no artigo 12 da proposta.

Embora a justificativa do PL nº 885/2015 não contenha essa menção, posterior manifestação do deputado Jean Wyllys indica que o critério das doze

semanas foi eleito porque se trata de um marco comumente adotado no meio científico. Atualmente, o Projeto aguarda parecer da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).

Em 31 de maio de 2017, o Estatuto do Nascituro recebeu parecer favorável do deputado Marcos Rogério, relator do PL nº 478/2007 e apensos<sup>44</sup> na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Nessa ocasião, citou-se trecho de texto de autoria do jurista Cezar Peluso que corrobora o imaginário de vitimização do feto, inclusive por meio da estratégia de sua inserção dentre as minorias sociais:

Segundo Cezar Peluso, o feto nesta hipótese é: 'reduzido, no fim das contas, à condição de lixo ou de outra coisa imprestável e incômoda, não é dispensada, de nenhum ângulo, a menor consideração ética ou jurídica, nem reconhecido grau algum da dignidade jurídica e ética que lhe vem da incontestável ascendência e natureza humanas. Essa forma odiosa de discriminação, que a tanto equivale, nas suas consequências, a formulação criticada, em nada difere do racismo, do sexismo e do chamado especismo. Todos esses casos retratam a absurda defesa e absolvição do uso injusto da superioridade de alguns (em regra, brancos de estirpe ariana, homens e seres humanos) sobre outros (negros, judeus, mulheres e animais, respectivamente).

Para além dos inúmeros debates acerca da atribuição de personalidade jurídica ao nascituro, é necessário reconhecer que o feto já possui existência social. No imaginário coletivo, ele aparece como um sujeito independente, autônomo. Sob esse aspecto, somos capazes de imaginá-lo dissociado de sua mãe, como um feto pairando no espaço.

Segundo pontua Petchesky (1987), os usos das tecnologias de imagem têm repercutido no apagamento das fronteiras entre o corpo grávido e seu exterior. O feto que antes era como um segredo guardado pelo corpo feminino passou a ser visível, sendo que essa visibilidade contribui para o seu destacamento do corpo da mãe, para a sua individuação.

Um dos efeitos da individuação do feto seria sua caracterização como um sujeito com interesses próprios que potencialmente conflitantes com os de sua mãe.

---

<sup>44</sup> Apensos: i) PL nº 489, de 2007, que dispõe sobre o Estatuto do Nascituro; ii) PL nº 1.763, de 2007, que dispõe sobre a assistência à mãe e ao filho gerado em decorrência de estupro; iii) PL nº 3.748, de 2008, que autoriza o Poder Executivo a conceder pensão à mãe que mantenha a criança nascida de gravidez decorrente de estupro; iv) PL nº 1.085, de 2011, que dispõe sobre a assistência para a mulher vítima de estupro que vier a realizar por realizar aborto legal; e v) PL nº 8.116, de 2014, o qual dispõe sobre a proteção ao nascituro.

Mas, os supostos interesses do feto são, em última instância, conjecturas de médicos, juristas e outros profissionais.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> “*Apart from its positive effects, technology also contributes to the establishment of new power relations with women’s continuing elimination from the scene of reproduction whilst lawyers and medical professionals take control over the visualised ‘commodity foetus’*” (PETCHESKY, 1987).  
“A despeito de seus efeitos positivos, a tecnologia também contribui para o estabelecimento de novas relações de poder com a contínua eliminação das mulheres do cenário da reprodução, enquanto advogados e profissionais médicos assumem o controle do ‘feto-mercadoria’ visualizado” (PETCHESKY, 1987, tradução livre).

## 2 NORMATIVIDADE JURÍDICA NO LIMAR DA VIDA.

### 2.1 AUTONOMIA REPRODUTIVA COMO QUESTÃO DE DIREITOS HUMANOS.

Os discursos acerca da violência obstétrica e da humanização do parto frequentemente recorrem à categoria dos direitos humanos para fundamentarem suas posições. Como observa Mariana Pulhez, o apelo aos direitos humanos é uma forma de atribuir visibilidade e legitimidade à dor vivenciada pelas mulheres que se sentem vitimizadas pelo padrão obstétrico atualmente predominante (PULHEZ, 2013).

É também um modo de politizar o parto, deslocando essa experiência – ainda que dentro de certos limites – do domínio intocável da natureza biológica e da vida estritamente privada para o campo dos direitos, intrinsecamente sociais e comunitários. Como já ressaltaram os primeiros trabalhos antropológicos acerca do tema (JORDAN, 1987; DAVIS-FLOYD, 1994), o parto é também um fenômeno social, estruturado e estruturante de nossa cultura.

Essa perspectiva acerca do parto tem reverberado no Brasil, onde se multiplicam as discussões a respeito do tema. Desde a fundação da ReHuNa, ocorrida em 1993 e considerada um marco no ativismo pela humanização do parto, sucederam diversos outros movimentos organizados em meios físicos ou eletrônicos. Os *sites*, *blogs*, listas de *email*, grupos de *Facebook* e tantos outros canais de comunicação pela *internet* têm sido espaços onde o parto é colocado em pauta sob uma perspectiva não estritamente médica (SENA, 2016).

É curioso notar que, dentre os discursos acerca do parto humanizado e da violência obstétrica, é recorrente a divulgação de relatos pessoais com o intuito de evidenciar que as maiores dores do parto não são fisiológicas, mas decorrentes da apropriação dos processos reprodutivos pelos profissionais de saúde e pelo próprio Estado, como exemplifica o caso de Adelir Góes.

Nas discussões sobre a episiotomia – corte vaginal feito para facilitar a passagem do bebê – encontram-se alguns dos depoimentos mais marcantes. Entende-se que a aproximação com discursos de parturientes é necessária para que possamos dimensionar o quão invasivo e doloroso pode ser esse procedimento, sob a perspectiva delas:

“Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.’”

Danielle Moura, que procurou informações sobre episiotomia durante a gestação, que decidiu por não se submeter ao procedimento e comunicou ao médico sobre a decisão. Atendida através de plano de saúde em Belém-PA

[...] “Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. ”

Jacqueline Fiuza que foi atendida na rede pública na Casa de Parto São Sebastião em Brasília-DF

[...] “Essa é a episio que tive! uma marca que carrego não só no corpo, que me gera vergonha! não só pela marca mas pela minha vontade não ter sido atendida, por eu ter sido violentada! O obstetra fez uma cesárea vaginal.” Raquel Gonçalves, atendida no Hospital São Luiz através de plano de saúde São Paulo-SP

“... temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de ‘hemibundectomia lateral direita’, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Sem falar das episiotomias que fazem a vulva e a vagina ficarem tortas, que chamam de ‘AVC vulvar’, sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas?” fala atribuída a um diretor de hospital em DINIZ, 2006.

Ponto do marido: durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto.

A episiotomia indiscriminada e de rotina se configura como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina.

Num determinado momento da sutura, ele disse que ia dar dois pontos que iam doer um pouco mais, depois comentou que era o “ponto do marido”. Perguntei a ele o que era isso e ele disse que era um ponto que era dado para que “as coisas voltassem a ser parecidas com o que era antes” e que, se eles não fizessem isso, depois o marido voltava para reclamar. Como a referência ao marido é uma constante, perguntamos se eles já viram um marido reclamar, ao que responderam que não, uma vez que esse ponto era sempre feito. (DINIZ, 2001)

“E o médico, depois de ter cortado a minha vagina, e depois do bebê ter nascido, ele foi me costurar. E disse: ‘Pode ficar tranquila que vou costurar a senhora para ficar igual a uma mocinha!’. Agora sinto dores insuportáveis para ter relação sexual.”

J. atendida através de plano de saúde em São Paulo-SP  
(PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83-86).



A hipervalorização do risco tornou a episiotomia um procedimento padrão nos partos vaginais. Muitos médicos presumem que *todos* os partos comportam elevado risco de que a passagem do bebê pela vagina ocasione lacerações na genitália e/ou ânus da parturiente. Assim, com o objetivo de prevenir lacerações de terceiro ou quarto grau, os obstetras se antecipam e, antes da passagem do bebê, realizam um corte que, por si só, já representa uma laceração de pelo menos segundo grau (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 82).

Tem-se alegado que, desde a década de 1980, há amplas evidências científicas quanto à inadequação da episiotomia de rotina. Além dos inúmeros casos de erro médico em sua realização, devem ser sopesados todos os riscos inerentes ao procedimento.

Equacionados os riscos e benefícios mediante diversos estudos realizados na toada do movimento da medicina baseada em evidências científicas, a OMS concluiu que a episiotomia não deve ser utilizada rotineiramente, mas apenas quando se verificar que, no caso concreto, os riscos de laceração de terceiro ou quarto grau são tão elevados que justificam o reforço da precaução, consistente em uma laceração antecipada e “controlada” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Estima-se que a necessidade da episiotomia ocorreria em cerca de 10 a 15% dos casos (OMS, 1985). Quando realizado sem indícios de efetiva necessidade, o corte é considerado uma forma de mutilação genital (BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE-BWHBC, 1998; KITZINGER, 1985 *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 88) e de violência obstétrica (SENA, 2016).

Esse é mais um dos exemplos de conduta de violência obstétrica, ao lado da administração precipitada de ocitocina sintética; do sugestionamento médico para a realização de cesáreas desnecessárias; da cesárea por ordem judicial; dentre outras práticas que, de modo geral, ainda são naturalizadas em nossa sociedade, mas vêm sendo crescentemente questionadas por estudos científicos, órgãos internacionais e movimentos sociais.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> “Estas mulheres, em dialogo constante com os profissionais “humanizados” se organizam através dos grupos de gestantes presenciais e virtuais, onde produzem estratégias de resistência ao modelo hegemônico, reivindicando uma nova experiência de parir, que, para além da dimensão biológica, abarque também dimensões da espiritualidade e sexualidade. (CARNEIRO, 2014). Elas propõem procedimentos menos invasivos no lugar da extrema medicalização.”(MENDONÇA; SIMAS, 2016, p. 91).

A explicitação da dor das vítimas e a adoção de termos fortes – como violência obstétrica e mutilação genital – pode propiciar uma tradução jurídica mais acurada das demandas sociais aqui analisadas. No terreno discursivo dos direitos humanos, isso parece tornar mais plausível a tentativa de aproximação entre direito e movimentos sociais.

Está em jogo a significação jurídica e social de uma episiotomia, por exemplo. O termo “mutilação genital” carrega um forte senso de reprovação ética. E, juridicamente, pode corroborar a caracterização de determinada episiotomia desnecessária como um ato de tortura ou violação do direito ao corpo, em vez de uma providência cautelosa.

Quando se fala em politização do parto, busca-se o reconhecimento de que os procedimentos voltados à conformação<sup>47</sup> da fisiologia não são meros atos médicos, mas também intervenções que recaem ou são impostas sobre o corpo feminino - um corpo não só biológico, mas também cultural e político.

O termo mutilação genital também pode servir à desnaturalização da episiotomia rotineira. Ainda que muitos médicos aceitem esse procedimento como necessário e adequado, tal compreensão é questionável. Na construção desses questionamentos, a “linguagem” da mutilação genital afirma uma perspectiva outra acerca do conteúdo de conceitos como violência<sup>48</sup>, saúde e integridade psicofísica.

Essas disputas políticas, sociais e jurídicas são travadas, na maior parte das vezes, em espaços privados, invisíveis ao escrutínio público. Mas, eventualmente, chegam ao Poder Judiciário e à mídia, o que mobiliza debates por um número ampliado de pessoas – como o caso de Adelir, que alcançou inclusive o presente estudo.

Note-se que a juíza e o movimento Somos Todas Adelir expressam opiniões distintas quanto ao enquadramento dela como vítima da violência obstétrica ou não. Isso envolve perspectivas conflitantes quanto ao âmbito de autonomia da parturiente; ao nível de prioridade da vida do nascituro quando sopesados com os

---

<sup>47</sup> “Quanto menos conformidade o trabalho de parto exhibir, maior o número de procedimentos que serão introduzidos com o objetivo de trazê-lo para a conformidade.” (DAVIS-FLOYD *apud* MENDONÇA; SIMAS, 2016, p. 92).

<sup>48</sup> “Violência [...] implica reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflitivas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos.” (DEBERT; GREGORI, 2008, p. 176 *apud* PULHEZ, 2013, p. 02).

direitos de sua mãe; à fonte de conhecimento confiável para a tomada de uma decisão; e à diversidade de construções das subjetividades mulher-mãe e feto-bebê.

Conforme sintetiza a autora Mariana Marques Pulhez, o discurso de direitos humanos tem sido apropriado por movimentos sociais como ponto de amparo à construção de novos discursos sobre a violência.<sup>49</sup>

A fim de exceder a apreensão medicalizante do parto, os movimentos sociais munem-se de recursos que os autorizem a questionar as práticas médicas e ajudem a lançar outras perspectivas sobre a relação médico-parturiente.

Buscando transpor, na medida do possível, a dimensão subjetiva e emocional do parto para a dimensão jurídica, invocam-se direitos, princípios ou conceitos como violência, saúde, direitos reprodutivos, integridade psicofísica, autonomia, liberdade, igualdade e dignidade.

A mobilização de categorias universais dos direitos humanos pode ser vista como uma estratégia para atribuir inteligibilidade a certas percepções críticas do padrão obstétrico tecnocrático.

Embora inexista uma declaração internacional que adote expressamente o termo “violência obstétrica”, a assistência apropriada ao parto é um direito humano reconhecido pelo art. 12 da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção CEDAW).<sup>50</sup>

A violência obstétrica pode ser caracterizada como uma espécie da violência de gênero e, nesse passo, enquadra-se dentre os direitos de não sofrer violência ou discriminação. Não porque o parto seja necessariamente um processo do corpo feminino, mas porque os atuais padrões obstétricos podem ser lidos como uma manifestação de processos culturais de dominação de gênero.

Segundo Carmen S. G. Diniz, “a sistematização da reflexão crítica sobre [o] modelo [hegemônico] de assistência ao parto” foi impulsionada em 1979, Ano Internacional da Criança, quando houve a criação de um comitê composto por especialistas europeus e destinado a pensar estratégias de combate à mortalidade perinatal e materna (DINIZ, 2001, p. 02).

---

<sup>49</sup> “A ideia de falar sobre traumas e, portanto, trazer à luz as violências infligidas sobre suas vítimas, teria se difundido de modo concomitante à defesa dos direitos humanos, dois movimentos de mesma ordem. Começar-se-ia a entender que seria preciso vocalizar a experiência da violência para poder reparar os danos cometidos por ela (Ross, 2001; 2006)”. (PULHEZ, 2013, p. 545-546).

<sup>50</sup> “[...] os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância”.

Ao lado do objetivo de promoção da saúde das populações e dos nascituros e neonatos, as últimas décadas também foram marcadas por iniciativas e disputas relativas aos direitos das mulheres. O ano de 1975 foi reconhecido pela ONU como o Ano Internacional da Mulher, e a ele sucederam outras declarações dos direitos humanos das mulheres.

Na toada da Carta das Nações Unidas (1945) e da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que já afirmavam a igualdade de direitos entre homens e mulheres, a partir da década de 1980 foram aprovados diversos compromissos internacionais especificamente voltados aos direitos das mulheres.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979/1984) ressaltou que o alcance da igualdade substancial de gênero depende das instituições, isto é, do engajamento de todos os Poderes estatais.

Devido à recepção integral desse diploma (1994) e de seu Protocolo Facultativo (1999), o Estado brasileiro está obrigado a tomar medidas adequadas para eliminar a discriminação e promover a igualdade das mulheres nas esferas pública, política, do casamento e da família (v. Decreto nº 4.377/2002).

Na Declaração de Viena de 1993, enfim proclamou-se que “os Direitos Humanos das mulheres e das crianças do sexo feminino constituem uma parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais. [...]” (art. 18 da Declaração).<sup>51</sup>

Outra norma internacional relevante é a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994) da Organização dos Estados Americanos (OEA), ratificada pelo Brasil em 1995 (v. Decreto nº 1.973/1996).

Esse diploma reafirma que a violência contra a mulher constitui “uma violação dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais, visto que tal violência

---

<sup>51</sup> A Declaração reconhece, ainda, “[...] a importância das mulheres poderem usufruir o mais elevado padrão de saúde física e mental ao longo das suas vidas. No âmbito da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos e da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, bem como da Proclamação de Teerã de 1968, a Conferência Mundial sobre Direitos do Homem reafirma, com base na igualdade entre homens e mulheres, um direito da mulher a cuidados de saúde adequados e acessíveis e ao mais vasto leque possível de serviços de planeamento familiar, assim como à igualdade de acesso ao ensino, a todos os níveis” (art. 41).

limita total ou parcialmente o reconhecimento, o gozo e o exercício desses direitos e liberdades pelas mulheres” (BARSTED, 2006, p. 140).

Segundo a Convenção de Belém do Pará, a violência contra a mulher abarca “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (art. 1º).

Tratando-se do direito de acesso à assistência apropriada ao parto, destacam-se os direitos à integridade psicofísica, à liberdade e à segurança pessoais, a não ser submetida a tortura, à dignidade, à igualdade, à liberdade de crença ao acesso à justiça (art. 4º, alíneas “b”, “c”, “d”, “e”, “g” e “i”).

Referidos direitos articulam-se com a categoria dos direitos reprodutivos, que, sob uma perspectiva feminista, devem ser interpretados e efetivados em consonância com as diretrizes da autonomia pessoal, integridade psicofísica, igualdade e diversidade (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

A categoria dos direitos reprodutivos foi reconhecida com essa denominação na Conferência do Cairo, de 1994. Apesar de ter enfrentado resistências (COSTA, 2003, p. 78-110), a visão dos direitos reprodutivos como direitos humanos pautados no princípio da liberdade resultou preponderante.

No documento final de Cairo, contemplou-se a perspectiva de gênero e rechaçou-se a manipulação das questões sexuais e reprodutivas para fins de controle demográfico. Em 1995, essa concepção foi reafirmada pela Declaração e Plataforma de Pequim.<sup>52</sup>

Ainda que se reconheça que o conteúdo dos direitos reprodutivos está em permanente construção e disputa (CORRÊA; PETCHESKY, 1996; PULHEZ, 2013), um aspecto relevante desde sua concepção e até os dias atuais reside na proclamação de respeito à liberdade para tomada de decisões reprodutivas.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Na Conferência do Cairo, os direitos sexuais e reprodutivos foram definidos como “(...) direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência”.

<sup>53</sup> “Os direitos reprodutivos, por sua vez, baseiam-se no reconhecimento da capacidade de cada indivíduo de organizar livremente sua vida reprodutiva, ou seja, escolher o número de filhos que deseja ter e o espaçamento entre eles, ter acesso a métodos contraceptivos, a tratamentos de fertilidade e a informações necessárias para que possam desfrutar do mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva” (LIMA, 2016, p. 335).

No que tange ao objeto deste estudo, pode-se argumentar que o direito de acesso a um parto seguro – reconhecido explicitamente no Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1995) – é um direito reprodutivo e, nessa qualidade, impõe respeito às decisões livres e informadas das parturientes.

Assim sendo, os direitos de: *i)* escolher a via de parto; *ii)* eleger livre e informadamente os procedimentos a que deseja ou não ser submetida; e *iii)* recusar a prescrição médica podem ser considerados componentes específicos dos direitos reprodutivos. Sob esse ângulo, Adelir Góes representaria um caso de violação de direitos humanos.

Sabe-se que as Conferências de Cairo e Pequim não consagram deveres jurídicos, mas “compromissos políticos” acordados pelos países participantes (FREIRE, 2006, p. 09). De todo modo, esses documentos são expressões de comprometimento que devem nortear a interpretação e efetivação do direito de assistência adequada ao parto.

Para Miriam Ventura, o direito de tomar decisões livres de discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza corresponde à autonomia reprodutiva. Mais que uma faculdade abstrata, esse poder decisório pressupõe um contexto de liberdade reprodutiva, igualdade de gênero e tutela indivisível de direitos individuais e sociais (VENTURA, 2009).

Na leitura de Correa e Petchesky, o poder de autodeterminação sobre o próprio corpo é um dos conteúdos da conjugação entre os princípios da dignidade e liberdade. Ou seja, a autonomia pessoal e a integridade psicofísica seriam expressões da liberdade e da dignidade humana, respectivamente.

Assim, a integridade psicofísica não deveria ser definida de um ponto de vista exterior ao sujeito, pois a vontade do indivíduo é relevante quando se trata da tutela de seu corpo e saúde.

A visão multiculturalista dos direitos reprodutivos entrelaça a tutela dos direitos individuais e sociais em um núcleo indivisível. Isso desloca as fronteiras tradicionais entre liberdades públicas e privadas e evidencia a necessidade de envolvimento do Estado e da comunidade para que as mulheres gozem de acesso igualitário aos direitos.

A igualdade de gênero na seara reprodutiva refere-se ao “acesso eqüitativo de homens e mulheres aos bens sociais e materiais, para efetivar as próprias

decisões na esfera da sexualidade e da reprodução, assim como eqüidade nas responsabilidades em relação às suas vidas sexuais e reprodutiva” (JANNOTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007, p. 29). Sob esse viés, a igualdade de gênero reconhecida no inciso I do art. 5º da CF não é um ponto de partida, mas um horizonte a ser buscado.

Portanto, as assimetrias nas relações de gênero devem ser levadas em consideração quando se interpretam e efetivam os direitos reprodutivos; quando se delineiam mecanismos de distribuição equânime dos recursos que viabilizam o acesso a esses direitos; ou ainda quando se avaliam os limites da capacidade decisória dos agentes envolvidos na cena de parto.

Já o princípio da diversidade decorre do reconhecimento da pluralidade humana e dos contextos comunitários em que são exercidos os direitos. Ao mesmo tempo em que se deve buscar garantir acesso igualitário das mulheres aos direitos reprodutivos, também devem ser respeitadas as diversidades existentes entre as próprias mulheres.

Em outros termos, trata-se de afirmar ser necessário o reconhecimento da diferença para o alcance da igualdade. Com isso, gera-se uma visão renovada da igualdade como princípio e direito fundamental e uma nova proposta para a democracia representativa, que foi originariamente concebida como sistema de representação de indivíduos e não de grupos (SCOTT, 2005, p. 13).

Obtém-se, assim, uma forma de expressar que a igualdade é um objetivo a ser construído para viabilizar o exercício de liberdades públicas e privadas e que o reconhecimento das diferenças identitárias é necessário para que igualdade e liberdade tornem-se experiências concretas.

Ao lado dessa perspectiva, coloca-se a problemática de que as identidades dos grupos que se consideram oprimidos são, ao mesmo tempo, algo a ser valorizado – no sentido de ser levado em consideração – e também algo a ser desconstruído, por se tratar da base originária de sua exclusão. Scott chama essa ambiguidade de “paradoxo da diferença”, referindo-se a que

A possibilidade de autonomia individual para um homem negro ou gay, diz ele [Anthony Appiah], depende do respeito assegurado para esses grupos. Ao mesmo tempo, a autonomia individual é limitada pelos padrões providos pelos próprios grupos. (...) os termos do protesto contra a discriminação tanto recusam quanto aceitam as identidades de grupo sobre as quais a discriminação está baseada. (SCOTT, 2005, p. 14 e 20).

Trata-se de um paradoxo para o qual não existem respostas simples, mas que merece ser trazido à tona justamente porque a saída mais satisfatória não está na simplicidade da afirmação da igualdade como um princípio abstrato e presumidamente universal.

A consideração das demandas identitárias é necessária para que as próprias identidades possam ser questionadas como “efeitos de processos políticos e sociais” (SCOTT, 2005, p. 29), e para que se evidencie que a igualdade “não é a ausência ou a eliminação da diferença, mas sim o reconhecimento da diferença e a decisão de ignorá-la ou levá-la em consideração” (SCOTT, 2005, p. 15).

Joan Scott propõe que igualdade e diferença não sejam pensadas como opostos, mas conceitos interdependentes que estão em contínua transformação e negociação. Não é necessário encontrarmos uma forma de eliminar as diferenças entre grupos ou indivíduos, bastaria a reflexão crítica a respeito delas. Afinal, a política é o campo da “negociação do impossível” que deve estar permanentemente aberto a novas propostas e soluções (SCOTT, 2005, p. 29).

Quando se compreende que os direitos reprodutivos são exercidos por sujeitos situados, os princípios da igualdade e da diversidade apresentam-se como eixos complementares. Uma das condições para a universalidade de acesso aos direitos reprodutivos é o acolhimento das diferenças individuais, culturais e sociais.

Compartilhando dessa posição, Joaquín Herrera Flores pontua que a universalidade dos direitos não se resume ao mero reconhecimento jurídico ou à sua afirmação como um valor abstrato. A universalidade seria um objetivo cuja concretização depende do fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações para a criação de condições propícias para que todos tenham acesso igualitário aos bens (materiais e imateriais) que fazem com que a vida seja digna de ser vivida (FLORES, 2009, p. 19).

A universalização dessas condições igualitárias depende de uma redefinição teórica e prática atenta à “pluralidade e a diversidade de formas de abordar as lutas pela dignidade” (FLORES, 2009, p. 21). É necessário, portanto, que os discursos e lutas pelos direitos humanos sejam definidos a partir dos contextos políticos, sociais, econômicos e culturais peculiares de cada lugar e momento histórico.



Nesse contexto, os fundamentos discursivos dos direitos reprodutivos devem propiciar a conciliação entre o poder de vontade individual, a tutela de necessidades sociais e o respeito à pluralidade de culturas e demandas sociais.

Compreende-se, pois, que as políticas de saúde reprodutiva só estarão afinadas com a universalidade dos direitos humanos à medida que comportem múltiplos recursos e estratégias capazes de satisfazer a diversidade de anseios e necessidades das parturientes.

Em outros termos, o acesso igualitário ao parto humanizado depende da valorização das vontades e necessidades concretas das mulheres. É necessário que a perspectiva das parturientes ocupe papel de destaque na construção do *authoritative knowledge* (JORDAN, 2014) que fundamenta a condução do processo de parto.

Por essa razão, o parto humanizado não deve ser confundido com a imposição de uma via de parto, seja ele cesariano ou vaginal. Quando os direitos de assistência apropriada à gravidez (CEDAW) ou acesso a um parto seguro (Conferência do Cairo) são apreciados sob as lentes dos direitos reprodutivos e caracterizados sob o prisma da indivisibilidade entre os princípios éticos da autonomia pessoal, integridade psicofísica, igualdade de gênero e diversidade, abre-se espaço para a conclusão de que o parto deve ser um acontecimento protagonizado pela parturiente. Em sua esfera de liberdade reprodutiva, resguarda-se o poder decisório individual.

Nessa linha de raciocínio, pode-se afirmar que a autonomia reprodutiva, existencial e corporal da parturiente envolve os direitos de escolha da via de parto, de recusa à prescrição médica e de respeito ao consentimento prévio, livre e esclarecido acerca das intervenções que recaem sobre seu corpo.

Sob o enfoque da liberdade reprodutiva, tem-se que a humanização do parto não envolve apenas a efetivação de políticas públicas que contribuam para a reversão da “cultura de cesarianas” ou do padrão obstétrico tecnocrático, mas também a transformação das relações interpessoais cotidianas no sentido do respeito e promoção da autonomia existencial e corporal das parturientes.

Diante disso, o respeito à autonomia da mulher seria mais importante que a prevalência estatística de uma via de parto em detrimento de outra. E, considerando a autonomia individual em sua indivisibilidade com diversos outros princípios e

direitos sociais, pode-se ressaltar mais uma vez que o parto humanizado não se restringe ao direito de escolha entre um parto “natural” ou cesariano.

Os propósitos últimos seriam: que todas as mulheres sejam tratadas de forma digna e respeitosa; que se sintam confortáveis para expressar as próprias preferências e necessidades; que o seu ponto de vista seja influente nas decisões tomadas pela equipe de saúde; que elas possuam amplo acesso à informação; e que disponham de alternativas aptas a viabilizar a conciliação entre suas escolhas pessoais e o acesso aos recursos necessários para desfrutarem de saúde reprodutiva, integridade psicofísica e uso apropriado das tecnologias disponíveis. Seriam esses alguns dos critérios possíveis para discernir se existiu violência obstétrica num caso concreto - como o de Adelir Góes, por exemplo.

## 2.2 HUMANISMO E AUTONOMIA JURÍDICA.

O humanismo renascentista é uma das bases de formação do sujeito moderno (VILLEY, 2008, p. 128). Com o processo de afastamento entre filosofia e religião, o centro da produção do saber passou a ser protagonizado pelo homem - caracterizado como sujeito racional, capaz de afirmar sua vontade, produzir conhecimento e modificar o mundo. A razão humana veio a ocupar o lugar da fé (GEDIEL, 2000, p. 15) e o indivíduo passou a ocupar posições fundamentais onde antes se encontrava Deus.

Hugo Grócio (1583-1645) operou a tradução da filosofia humanista ao direito<sup>54</sup>, tornando-se, portanto, um dos grandes nomes do direito moderno. Para o jurista, o homem seria a verdadeira fonte do direito; o direito é uma qualidade moral da pessoa, algo inerente ao seu ser (DIAS, 2012, p. 66). Ser portador de um direito significa ter um poder dispositivo, uma faculdade de agir e de exigir certos comportamentos de outrem - “uma posição ativa, uma legítima pretensão” (DIAS, 2012, p. 66).

---

<sup>54</sup> Ainda que a perspectiva de Grócio não fosse construída apenas por referências humanistas. Conforme observa Rebeca Fernandes Dias, “em toda sua obra pode-se observar um misto de fontes nas quais Grócio bebeu para formular a sua própria teoria das fontes do direito. Verifica-se, então, fortes traços da Sagrada Escritura, de autoridades importantes da escolástica espanhola, bem como do direito romano” (DIAS, 2012, p. 66).

Ainda que Grócio possua clara influência cristã (VILLEY, 2008, p. 112), ele foi capaz de conceber um sistema de leis naturais, eternas e imutáveis ao qual o próprio Deus estaria submetido.<sup>55</sup> Assim, Grócio enunciou direitos naturais convergentes com os preceitos cristãos, porém os afirmou como verdades acessíveis a todo homem mediante o uso de sua razão (VILLEY, 2008, p. 307).

Para Grócio, um dos postulados da razão seria eximir-se da apropriação de bens alheios (VILLEY, 2008, p. 307), princípio decorrente do direito natural da pessoa de possuir coisas que lhe sejam externas, o que se traduz na possibilidade de domínio jurídico sobre os bens (GEDIEL, 2000, p. 14).

A consolidação dessa perspectiva contribuiu para a formação do direito moderno calcado na valorização do sujeito como fonte de direito e no destaque da razão, do método dedutivo e da abstração. Ainda, por conferir contornos racionais e objetivamente determináveis aos direitos, alavancou a construção da categoria dos direitos subjetivos (DIAS, 2012, p. 67).

O processo de valorização do indivíduo e de racionalização do conhecimento remonta ao período tardo-medieval, intensificou-se com o Renascimento e, enfim, culminou na filosofia cartesiana.

Para Descartes, a razão é a causa primeira de todo conhecimento - inclusive o reconhecimento da própria existência e a compreensão de Deus<sup>56</sup>. O mundo externo é posto abaixo e reconstruído a partir da razão humana. O conhecimento deixa de residir na coisa em si e passa a ser fruto do sujeito pensante.

A filosofia cartesiana conduziu o humanismo individualista às últimas conseqüências e, assim, tornou-se emblemática da caracterização moderna do sujeito. O sujeito moderno é um ser cuja existência pode ser compreendida independentemente de Deus e até mesmo de seu próprio corpo. Os atributos fundamentais desse sujeito são a razão e a vontade (CORRÊA, 2010, p. 25).

A materialidade aparente e os sentidos são enganosos, e disso decorre a impossibilidade de verdadeira certeza quanto à existência da corporalidade do

---

<sup>55</sup> “O direito natural é tão imutável que não pode ser mudado nem pelo próprio Deus. Por mais imenso que seja o poder de Deus, podemos dizer que há coisas que ele não abrange [...]. Do mesmo modo, portanto, que Deus não poderia fazer com que dois mais dois não fossem quatro, de igual modo ele não pode impedir que aquilo que é essencialmente mau não seja mau.” (GRÓCIO, 2004, p. 79 *apud* DIAS, 2012, p. 66).

<sup>56</sup> “Descartes mantém a crença em Deus, mas ao afirmar a sua onipotência não diminui a importância, a capacidade e a centralidade do homem. A existência de Deus é demonstrada pela própria capacidade de pensar do homem” (DIAS, 2012, p. 69).

sujeito. Descartes acreditava ser capaz de abstrair o seu corpo e o mundo exterior, mas não o seu próprio pensamento:

[...] eu podia fingir que não tinha corpo algum e que não havia mundo algum ou lugar onde estivesse, mas nem por isso podia fingir que eu não existia; e que, ao contrário, do fato mesmo de pensar em duvidar da verdade das outras coisas seguia-se muito evidentemente e certamente que eu existia [...]. De modo que esse eu, isto é, a alma pela qual sou, é inteiramente distinta do corpo, sendo inclusive mais fácil de conhecer do que ele, e, ainda que ele não existisse, ela não deixaria de ser tudo o que é. (DESCARTES, 2005, p. 70).

O filósofo compreende o corpo como substância material, divisível e extensa (*res extensa*), enquanto a alma consiste em substância imaterial, indivisível e pensante (*res cogitans*). O corpo é caracterizado como mero recipiente, enquanto a razão seria o atributo especificamente humano. Ou seja, apenas a razão integra a essência constitutiva da subjetividade humana.

Destituída de seu caráter místico e transcendental, a natureza fica reduzida a um conjunto de fenômenos previsíveis e controláveis, contanto que suas regras de funcionamento sejam estudadas e desvendadas pelo conhecimento humano.

Embora Descartes compreendesse que todos os seres humanos são igualmente dotados de razão, considerava que o conhecimento verdadeiro só poderia ser alcançado mediante o uso adequado e metódico dessa razão. A padronização do uso da razão na busca por conhecimento é o pressuposto de uma ciência universal e vocacionada à descoberta da verdade (DIAS, 2012, p. 70).

Devido ao postulado de primazia da razão sobre a matéria (racionalismo), a verdade cartesiana está fundada num modelo matemático de compreensão da realidade (LUDWIG, 2006). Por efeito, menosprezam-se as emoções, as experiências concretas, o lugar do sujeito em suas redes de relações sociais e a dimensão corporal (em sentido mais amplo que a identificação do corpo com um conjunto de processos biológicos mecânicos) do que o sujeito é e faz.

O cartesianismo foi um ponto nodal para a consolidação da subjetividade moderna sob a égide de um humanismo dualista, universalista e cientificista (DIAS, 2012, p. 76).

A criação hermenêutica do indivíduo nas teorias humanistas/racionalistas foi fundamental para o projeto civilizatório moderno. Na filosofia política, o sujeito racional e autônomo é responsável por legitimar a centralização do poder sob a

figura do Estado de Direito (DIAS, 2012, p. 77), vez que a maximização da felicidade humana depende da regulamentação das liberdades individuais. Nessa linha de raciocínio, os filósofos contratualistas explicam que o sujeito originário aceitou renunciar uma parcela de sua liberdade em prol da instituição de um poder soberano comprometido com o resguardo dos direitos naturais do homem.

Embora os filósofos considerados alinhados ao jusnaturalismo racionalista diverjam quanto ao conteúdo e os limites da liberdade individual, pode-se afirmar que eles possuem em comum as crenças: *i)* na necessidade de preservação de alguma esfera de liberdade individual “perante o poder político e o direito constituído” (GEDIEL, 2000, p. 14); *ii)* na necessidade ou vantagem da delegação de poderes ao Estado; bem como *iii)* na soberania da razão para “garantir a universalidade dos princípios da conduta humana” (SEGURA ORTEGA, 2001 *apud* STEUDEL, 2007, p. 47).

A liberdade individual é, pois, um aspecto fundamental do sujeito de direito, do Estado de Direito e dos direitos subjetivos.<sup>57</sup> Mas, se o Estado não é absolutamente soberano – pois deve respeitar certos limites correspondentes aos direitos naturais – e é composto de uma multiplicidade de indivíduos, faz-se necessário um sistema jurídico que regule adequadamente a tríplice relação entre o indivíduo, a sociedade e o Estado.

Dada a necessidade de delimitação das esferas individuais de liberdade, confere-se ao direito o papel de ajustá-las segundo uma lógica sistematizada, coerente e racional. Ao menos em tese, o direito corresponderia à mais fina essência da racionalidade que todos os indivíduos compartilham universalmente.

Cabe então ao jurista desvendar os preceitos jurídicos universais por meio do uso técnico (apropriado, metódico, confiável) da razão aplicada a esse campo do conhecimento. Ocorre que, sob a filosofia racionalista, o direito afasta-se do humano de carne e osso, pois se ocupa do sujeito de direito abstrato. Sob o pretexto de isolar o direito das esferas da moral e da religiosidade a fim de garantir a sua laicidade, o princípio da universalidade da razão legitimou a oponibilidade do

---

<sup>57</sup> “A liberdade, concebida sob a ótica do humanismo individualista, além de impulsionar o homem a perseguir a felicidade, satisfazendo suas necessidades individuais, confere-lhe o poder jurídico para estabelecer garantias e limites à liberdade de apropriação dos bens da natureza, sob a forma de pacto social” (GEDIEL, 2000, p. 14).

ordenamento jurídico a todos os cidadãos, independentemente de suas crenças pessoais.

Sob o manto da imparcialidade, o Direito moderno transformou-se em conhecimento pretensamente apolítico, técnico e abstrato. Assim, os direitos foram enclausurados nos conceitos e textos legais e seu substrato foi descolado da realidade social e da política.

Essa percepção abriu margem para que, nos séculos VIII e XIX, os direitos naturais viessem a ser identificados com os direitos positivados pelo Estado. Sob esse ângulo, pode-se considerar que o advento do Estado de Direito não representou incremento substancial da liberdade humana – exceto para aqueles que se beneficiaram dessa nova ordem de privilégios não mais feudal, mas capitalista.

Conforme observa Rebeca Fernandes Dias, os homens atrelaram-se ao poder secular do Estado e ao saber científico. O sujeito de direito veio a ser não apenas livre, mas livre na qualidade de cidadão de um Estado de Direito e nos limites impostos por essa ordem jurídica erigida sob pressupostos científicos.<sup>58</sup>

Portanto, o processo de reconhecimento dos direitos do homem em normas e declarações jurídicas foi concomitante à consolidação do Estado de Direito. Ainda no século XVII sobrevieram cartas jurídicas relevantes: a Lei de Habeas Corpus inglesa (1679), consagrando a liberdade de locomoção, e a Declaração do Bill of Rights (1689) que limitou os poderes reais ao proclamar a participação popular mediante representantes parlamentares eleitos (DIAS, 2012, p. 88). E, desde a Revolução Francesa de 1789 até este início de século XXI, multiplicaram-se as declarações de direitos universais.

Mas, quando a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão veio a ser promulgada (1789), a noção de liberdade já havia sido absorvida pelo poder estatal:

---

<sup>58</sup> “[...] [não mais a ordem medieval], eminentemente privada e ligada aos poderes e saberes espirituais, de Deus e da religião, mas uma ordem ligada a um novo poder, que se torna cada vez mais forte ao longo dos séculos que marcaram a modernidade, o poder secular do Estado e do soberano, bem como a um diverso saber, o científico. [...] [Da] individualização do homem parte-se para pensar a necessidade das relações intersubjetivas entre os homens, seja este pensamento fundamentado pela conflituosidade hobbesiana, pela insegurança lockeana ou pela necessidade de salvação rousseauiana. Por necessidade ou tendência natural do homem, surgem a sociedade civil e a comunidade política. A condição humana é transmutada para uma condição de súdito, cidadão, e esta transmutação corresponde exatamente ao percurso histórico de afirmação dos direitos do homem em consequência das revoluções e declarações de direitos delas decorrentes (DIAS, 2012, p. 87).”

[...] a liberdade, em seu sentido original de poder natural imanente e fundante, perdeu sua importância teórica e prática, e, segundo o entendimento dominante na doutrina publicista do século XVIII, passou a significar o conjunto de poderes remanescentes e fragmentários, mantidos pelo sujeito, após a constituição do Estado de Direito. A liberdade aparece associada, a partir de então, às 'liberdades públicas fundamentais' de proteção do indivíduo contra o Estado, ou, ainda, ao dever de abstenção do Estado de Direito, em relação a certas atividades do sujeito. Abandonou-se, pouco a pouco, a liberdade natural em benefício da liberdade civil, vale dizer, limitada pela lei (GEDIEL, 2000, p. 15).

Abriu-se uma fissura entre liberdade e direito subjetivo, entre as esferas pública e privada. Ao mesmo tempo em que a Declaração de 1789 afirmou “direitos naturais e imprescritíveis do homem”, também colocou a lei entre o homem e o cidadão.

A Declaração proclamou os direitos à liberdade, propriedade, segurança e resistência à opressão, mas o conteúdo específico desses direitos havia de ser delimitado pelo ordenamento jurídico nacional. A tutela de direitos subjetivos do homem só é possível a partir do seu reconhecimento como cidadão, o que, por sua vez, também deflui da lei. Desse modo, não sobra espaço de liberdade política para além do Estado de Direito (GEDIEL, 2000, p. 16-17).

Os direitos subjetivos encontram-se na esfera privada do sujeito. Nesse âmbito, o sujeito tem a liberdade de firmar negócios jurídicos com outros sujeitos privados, desde que permaneça sob os limites da legalidade (licitude).<sup>59</sup>

Vale lembrar que isso se passou junto ao desenvolvimento do capitalismo e ascensão do poder econômico da burguesia. Nesse contexto, as cartas de direitos dos homens afirmaram direitos individuais sobre os bens jurídicos mais relevantes para a ideologia dominante à época (SZANIAWSKI, 2005).

No contexto de uma economia capitalista em processo de industrialização e de um Estado liberal cuja sobrevivência depende do bom funcionamento do mercado, a esfera privada tornou-se regida pelo princípio da autonomia do sujeito para realizar negócios jurídicos de cunho patrimonial, e os direitos subjetivos representaram a categoria técnico-jurídica por meio da qual o exercício da autonomia negocial desemboca em poderes ou faculdades específicos e juridicamente exigíveis.

---

<sup>59</sup> “O direito subjetivo passou a traduzir o poder (*facultas* ou *potestas*) de agir juridicamente, sendo reconhecido ao indivíduo pelo direito constituído, nas relações horizontais com os demais sujeitos, principalmente, na defesa de interesses patrimoniais” (GEDIEL, 2000, p. 20).

Originariamente, portanto, a autonomia privada esteve limitada ao campo das relações patrimoniais, compreendendo as liberdades de contratar, de testar e de fazer circular a propriedade (SCHAPP, 1998, p. 15).

A clausura do princípio da liberdade sob o racionalismo científico e o Estado de Direito encontrou seus “argumentos definitivos” (GEDIEL, 2000, p. 21) na filosofia de Immanuel Kant (1724-1802), recebida como a peça final para a completude da subjetividade moderna - tanto que “não é incomum ouvir que o sujeito de direito, ou melhor, o sujeito do direito moderno corresponde ao sujeito kantiano por excelência” (DIAS, 2012, p. 91).

Assim como Descartes, Kant investigou o modo de funcionamento da razão, buscando determinar o que a razão pode conhecer e sob quais condições. Compreendia a razão como forma pura destituída de conteúdos; estrutura que antecede e independe da experiência. Também universal, porque idêntica em todos os sujeitos em qualquer lugar do mundo e a qualquer tempo.

Um dos objetos centrais da filosofia de Kant é precisamente a liberdade. Ocorre que, para o filósofo, todo homem é livre porque é racional. A razão, ao mesmo tempo em que descrita como forma vazia de conteúdo, é também o principal fator de singularidade da espécie humana e universalidade dos homens.

Igualdade, liberdade e universalidade tornam-se pontos de partida para o sujeito racional abstrato. Perdendo completamente de vista o homem encarnado e suas possibilidades reais de vida e ação, Kant discorreu sobre ética e moral sob o pressuposto de que todos os seres humanos são necessariamente iguais em sua racionalidade e dignidade.

A capacidade humana de tomar decisões e se autodeterminar é o fundamento da dignidade do homem. Portanto, a autonomia consiste no fato de os humanos serem regidos por leis criadas por eles próprios: “a liberdade, em Kant, é a liberdade de agir segundo leis” (ANDRADE, 2006, p. 51 e 53).

Se não houvesse liberdade, todas as ações humanas estariam fadadas a ocorrer conforme uma programação determinista. Mas, há espaço de decisão e, existindo esse espaço, também é certo que existem leis ou princípios que fundamentam a decisão tomada num sentido e não em outro.

A liberdade consistiria, então, no respeito à lei racional (e, portanto, universal) sem interferência dos interesses e preferências pessoais (CORRÊA, 2010, p. 26). A autonomia da vontade, em Kant, não corresponde à vontade de satisfazer



desejos ou necessidades pessoais, mas à vontade racional. Embora essa autonomia corresponda a uma liberdade positiva – no sentido de capacidade de autorregramento –, não deixa de ser liberdade como abstração (RUZYK, 2011, p. 112).

No âmbito moral, há a autonomia individual de cada um ser juiz de seus próprios interesses, desde que não interfira na liberdade dos demais (ANDRADE, 2006, p. 55). E, no âmbito jurídico, é necessário obedecer às normas heterônomas emanadas do Estado, pois, indiretamente (por meio do contrato social), elas também se fundamentam na liberdade humana – afinal, são necessários critérios práticos de conduta que viabilizem a convivência da liberdade de um sujeito com as liberdades dos demais. O Estado, poder legitimamente constituído, seria o agente competente para assegurar a justa confluência de liberdades individuais.

A teoria kantiana do conhecimento e da ética é dualista, fundada na cisão entre a esfera do ser, pautada pelas leis da natureza, e a esfera do dever-ser, pautada pelas leis da vontade livre. Nesse sentido, Kant define o direito como o conjunto de condições que permite a compatibilização do livre arbítrio de um indivíduo com o livre arbítrio de outro, segundo uma lei universal de liberdade (LUDWIG, 2006).

Sob a perspectiva kantiana, a validade formal de uma relação jurídica é mais relevante que o seu conteúdo. Ao direito cabe estabelecer como se deve fazer, e não tanto o que se deve fazer. Por isso, Kant é considerado precursor do formalismo jurídico moderno, sendo sucedido, no século XX, por Hans Kelsen (LUDWIG, 2006).

Esse conjunto de noções permitiu, no plano teórico, o nivelamento entre todos os seres humanos enquanto sujeitos de direito iguais - porque submetidos a um mesmo regime jurídico - e autônomos – porque supostamente dotados de um mesmo poder de disposição, ou autonomia da vontade, independentemente de sua experiência concreta (CORRÊA, 2010, p. 22).

Assim, “a partir do século XVII, o ser humano individualizado passa a ser representado pela categoria moral da pessoa (conceito universal, abstrato e fundado na identificação do sujeito com sua racionalidade), que juridicamente se transfigura na forma do sujeito de direito (*subjectum iuris*)” (CORRÊA, 2010, p. 30).

O postulado de que “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil” (art 1º CC/02) denota, em seu fundamento universalista, um rechaço à possibilidade de que seres humanos venham a ser tratados como objetos de direito,

negando-lhes a dignidade e autonomia que, em termos kantianos, devem ser respeitadas como finalidades em si mesmas, porque constitutivas da humanidade.

Mas, a pretensa universalidade de referido postulado oculta a mediação que perpassa a transmutação do ser humano em sujeito de direito. Entre o ser humano e o sujeito de direito interpõe-se a categoria moral da pessoa:

Partindo desse conjunto de premissas político-filosóficas, o Direito Moderno, desde a Declaração de Direito de Virgínia, de 16 de junho de 1776, e da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 26 de agosto de 1789, passou a postular, também, a aparente identidade do significado jurídico do termo pessoa (sujeito de direito) com ser humano. Essa aparente identidade tem sido largamente refutada pela doutrina, até mesmo com base na origem etmológica do vocábulo latino *persona* (máscara). Resulta dessa crítica a constatação que, assim como a máscara teatral, a qualidade jurídica de pessoa, homem dotado de personalidade jurídica, também indica apenas aquilo que o portador dessa qualidade (máscara jurídica) pode e deve fazer no espaço juridicamente delimitado. A qualidade de pessoa, que define para o Direito Moderno o ser humano, é uma representação jurídica do homem e não a representação de suas qualidades inatas ou naturais, como levam a concluir os textos de raiz jusnaturalista, na fórmula também presente no artigo 2º do Código Civil brasileiro [referência ao Código Civil de 1916] (GEDIEL, 1998, p. 62-63).

Quando o ser humano se faz representado nos discursos jurídicos por intermédio dos conceitos de “sujeito” e “pessoa” em sua caracterização moderna, o direito regula as relações intersubjetivas por meio da figura do “homem-médio”, um modelo pretensamente descritivo, mas fundamentalmente moral e normativo, acerca da humanidade que enseja a titularidade de direitos.

Levando isso em conta, torna-se mais clara a relevância das críticas contemporâneas à subjetividade moderna, tema prezado nos discursos feministas. A reconstrução dos âmbitos cultural, político e jurídico caminha ao lado da reconfiguração dos fundamentos filosóficos das categorias “humano” e “sujeito”.

Importante esclarecer que a autonomia da vontade, para Kant, corresponde à vontade racional, isto é, ao cumprimento voluntário do dever moral. A pessoa é livre porque é racional. Mas, ao transitar do plano metafísico ao plano jurídico-econômico, a perspectiva kantiana é recepcionada com alguma distorção.

A liberdade jurídica passa a se referir ao poder da vontade, às possibilidades empíricas do sujeito para decidir agir desta maneira ou de outra, nos limites da lei. Diferentemente da autonomia moral kantiana, a autonomia ética liga-se a um sujeito que tem a faculdade de exercer determinados direitos com vistas à realização de interesses seus (RIBEIRO, 1999, p. 26 *apud* CORRÊA, 2010, p. 39).

Kant ofereceu fundamentos importantes para a elaboração teórica dos conceitos de sujeito de direito e autonomia. Contudo, do ajuste da filosofia kantiana ao utilitarismo econômico, resultou a prevalência da perspectiva voluntarista da autonomia: “a vontade é valorizada, sobretudo, no campo contratual patrimonial, no qual se reconhece igualdade formal entre os contratantes” (CORRÊA, 2010, p. 39).

A perspectiva kantiana do direito como instrumento de conciliação entre as liberdades individuais informou a concepção de Savigny acerca dos conceitos de autonomia privada, direito subjetivo, negócio jurídico e vontade negocial e também foi retomada pelo positivismo da Escola Pandectista.<sup>60</sup>

Para Savigny (1779-1861), um dos juristas mais notáveis da Escola Histórica, o direito resulta de força internas da sociedade. O espírito do povo (*Volksgeist*) é a fonte do direito e, desse modo, seria inadequada a sua estagnação sob os ditames da vontade do legislador. Por essa razão, Savigny era contrário à codificação.

Contudo, a ânsia dos juristas alemães em sistematizar e conceituar todo o direito segundo parâmetros rigorosamente científicos – uma empreitada iniciada por Savigny e posteriormente desenvolvida com a pandectística de Puchta (1798-1846) - conduziu a tamanha abstração que a legitimidade da norma deixou de residir em sua correspondência à realidade fática para consistir “em sua correção sistemática e em sua verdade lógica” (DIAS, 2012, p. 111).

Ironicamente, os esquemas de pensamento que resultaram do desdobramento da Escola História na Escola Pandectista acabaram por inspirar o Código alemão de 1900 (DIAS, 2012, p. 112). Assim, a despeito das diferenças entre os sistemas jurídicos alemão e francês, ambos chegaram ao século XIX com um forte senso de identificação do Direito com a Lei.

Nessa toada, os direitos subjetivos afastaram-se de sua concepção como poderes naturais, imanentes e morais, consolidando-se como direitos emanados, legitimados e limitados pelo direito objetivo estatal (GEDIEL, 2000, p. 24-25). Assim,

---

<sup>60</sup> “[...] foi influente a ideia de que a ordem jurídica deve deixar aos indivíduos um espaço de liberdade por meio do qual eles possam exercer sua autonomia ética, de modo a coexistir com a liberdade de todos os outros. [...] o direito não seria ele próprio uma ordem ética, mas, sim, uma ordem que a possibilita. [...] Eis, portanto, a liberdade da base da *Willenstheorie*: é uma vontade do indivíduo moral livre, que não vê direcionamentos ditados pela ordem jurídica, a qual deve apenas zelar para que cada indivíduo tenha seu espaço de livre vontade preservado, limitando-se pela liberdade de outros indivíduos” (RUZYK, 2011, p. 118-119).

o jusnaturalismo racionalista foi substituído, ao final do século XIX e início do século XX, pelo mais ferrenho positivismo.

Como resultado do processo de supervalorização da vontade racional e dos aspectos patrimoniais do exercício de direitos pelo sujeito, o direito moderno qualificou como coisa, isto é, como objeto apreensível, tudo aquilo que fosse externo ao cerne racional do sujeito. O sujeito de direito é, pois, “etéreo”, imaterial, distanciado de seu corpo.

A lenta introdução do questionamento acerca de um direito sobre o próprio corpo nos debates jurídicos foi marcada pela tentativa de enquadramento do corpo como objeto de um direito subjetivo de titularidade de um sujeito de direito (GEDIEL, 2000).<sup>61</sup>

No início do século XIX, o corpo humano definido expressamente como coisa e passou, então, a ser incluído dentre os bens “fora do comércio (*res extra commercium*)” (GEDIEL, 2000, p. 64-65). Nesse período, o corpo só interessava ao direito na qualidade de suporte material da vida do sujeito, e apenas nessa medida a preservação de sua integridade era pensada.

No início do século XX, o juspositivista Hans Kelsen (1881-1973) negou a juridicidade dos direitos subjetivos, sob o fundamento de tratar-se de uma categoria metajurídica, fundamentado em pressupostos ideológicos. Para ele, o ordenamento jurídico é uno; todo o direito é o direito objetivo, expresso na lei e emanado do Estado (KELSEN, 2008).

Na medida em que, para os juspositivistas, a única fonte de direitos seria o direito objetivo emanado do Estado, “não havia mais lugar para a existência do direito geral de personalidade destinado a tutelar a personalidade humana, mas, tão somente, seriam reconhecidas, pelo direito positivo, algumas tipificações de direitos de personalidade multifacetados” (SZANIAWSKI, 2005, p. 43).

Desde o século XVII, os juristas modernos consagraram, de modo geral, uma forma de compreensão do direito como um sistema coerente, geral e universal,

---

<sup>61</sup> Na Escola Histórica do direito, a concepção de um direito geral de personalidade sob a fórmula do “*ius in se ipsum*” traduziria um direito que o indivíduo possui sobre sua própria pessoa, o qual o autorizaria a dispor livremente sobre si mesmo, dentro do campo de liberdade arbitrado pela lei. Partindo-se dessa concepção do direito de personalidade como o direito que alguém possui sobre sua própria pessoa, grande parte dos juristas negou o reconhecimento dos direitos de personalidade como direitos subjetivos – nesse rol, situam-se os alemães Savigny, Von Tuhr e Enneccerus, o francês Paul Roubier e o argentino Orgaz, alguns dos exemplos referidos por Elimar Szaniawski (SZANIAWSKI, 2005, p. 72-79).

cujas conexões com as relações sociais concretas que se propõe a regular era mediada por categorias jurídicas abstratas, cientificamente concebidas. A ideologia cientificista - isto é, a crença na possibilidade de construção de um ordenamento jurídico sob a égide de um método racional - conduziu ao formalismo jurídico, cujo ápice se deu com o enclausuramento legal celebrado pelo juspositivismo.

Assim, até meados do século XX a contribuição doutrinária quanto à tutela jurídica do corpo humano e de outros aspectos da personalidade foi muito restrita. É clara a dificuldade do pensamento jurídico moderno em recepcionar e tutelar os aspectos não patrimoniais da existência humana.

Afinal, o “sistema das salvaguardas”<sup>62</sup> foi arquitetado com vistas à sustentação do Estado liberal, cuja função primeira seria o resguardo da liberdade econômica, e não das liberdades existenciais substanciais.

O modelo da autonomia privada absorveu todas as relações jurídicas de direito privado, inclusive os direitos de personalidade. Todas as relações sociais são traduzidas ao direito pelo filtro da relação jurídica e do negócio jurídico, e, conseqüentemente, decompostas nos elementos: sujeitos, objeto, fato jurídico e garantia (CORRÊA, 2010, p. 41).

A vontade livre de vícios é fato jurídico essencial à validade do negócio jurídico; é a sua causa formal. Não se perquirem os reais motivos da escolha, mas apenas a manifestação de vontade (CORRÊA, 2010, p. 43).

O negócio jurídico caracterizou-se sob o modelo da autonomia privada com o objetivo de viabilizar a autorregulamentação de interesses patrimoniais – sustentação jurídica do Estado liberal novecentista. Mas, a abstração e suposta universalidade do conceito de negócio jurídico fizeram com que passasse a comportar também os aspectos existenciais da vida humana, tais como os prolongamentos dos direitos de personalidade (CORRÊA, 2010, p. 43). Portanto,

---

<sup>62</sup> “Um sistema pretensamente neutro, calcado em abstratas categorias jurídicas, destinado a um ser impessoal, praticamente inatingível e com pretensões à perenidade, desenhou a formulação mais acabada do projeto ideológico de sustentação do direito civil nos últimos dois séculos. O direito do homem sozinho, centrado numa hipotética auto-regulamentação de seus interesses privados, e conduzido pela insustentável igualdade formal, serviu para emoldurar o bem acabado sistema jurídico privado. Daí deriva a disciplina das noções de personalidade, ato jurídico e capacidade. Conciliando liberdade formal e segurança, a base da teoria geral das relações privadas foi o que sustentou, no domínio econômico, o *laissez faire* da Escola Liberal. Esse mecanismo se refletiu no distanciamento propositado entre o direito e as relações de fato excluídas do sistema” (FACHIN, 1992/93, p. 50-51).

também os atos de disposição corporal voluntária enquadram-se na categoria do negócio jurídico.

Desde o final do século XIX, desdobrou-se um processo de objetivação do contrato e declínio do dogma da vontade, sob o fundamento de ser necessário repensar o individualismo do paradigma voluntarista.

Nessa toada, a vontade declarada passou a prevalecer sobre a vontade interna com o propósito de resguardo da segurança jurídica, confiança da contraparte, boa-fé objetiva e outros interesses coletivos conformados pelas “exigências de racionalização e organização da atividade econômica”, as quais se intensificaram na sociedade e economia de massa do século XX (CORRÊA, 2010, p. 45).

Isso se deu concomitantemente à incorporação do princípio da dignidade humana em diversas Constituições, ao longo da segunda metade do século XX. Tal processo foi impulsionado pela Declaração Universal de 1948 e indica um “resgate do humanismo no âmbito jurídico” (CORRÊA, 2010, p. 66).

A dignidade humana é um dos fundamentos do Estado de Direito brasileiro e seu conteúdo está atrelado aos objetivos políticos proclamados no art. 3º da CF, bem como aos direitos fundamentais previstos no art. 5º da CF.

Impossível ignorar que a “positivação do princípio da dignidade da pessoa humana, ao propugnar a valorização do homem pelo ordenamento jurídico, inspira-se, no entanto, nas concepções do iluminismo moderno” (CORRÊA, 2010, p. 67), ou seja, é fruto de esquemas de pensamento fundamentalmente baseados na filosofia de Descartes, Kant e seus conseqüentários.

Portanto, quando o direito atribui centralidade à dignidade da pessoa humana, há que se perceber que existem aí terrenos de ambiguidade. Nos discursos jurídicos tradicionais, a dignidade humana é formal e abstrata, amparada numa concepção intangível da humanidade em termos de racionalidade e autonomia.

Mas, ainda que as cartas contemporâneas de direitos humanos tenham sido conformadas por essa tradição, vale pontuar que os juristas enxergam especificidades suficientes para afirmar que, desde a segunda metade do século XX, houve uma reconfiguração teórica dos direitos humanos.

Compreende-se que a Declaração Universal de 1948 representa um marco jurídico relevante na consolidação da concepção contemporânea dos direitos humanos, cujos pilares seriam: revalorização da dignidade individual; releitura

pluralista do princípio da universalidade e consolidação do princípio da indivisibilidade dos direitos humanos.

A indivisibilidade dos direitos humanos invoca a necessidade de fazer esvanecer a divisão dos direitos do homem em liberdades de caráter público e liberdades de caráter privado, eis que essa divisão se revela incompatível com a tutela integral da pessoa humana (SZANIAWSKI, 2005, p. 117).

Antes mesmo da Constituição Federal de 1988, os professores José Lamartine C. de Oliveira e Francisco J. Ferreira Muniz já advertiam quanto à insuficiência da tipificação absoluta dos direitos de personalidade e os problemas de se operar uma estrita divisão entre direitos públicos e privados de personalidade, uma vez que o cerne da construção teórica de tais direitos não pode ser outro senão o ser humano concreto e socialmente solidário (LIRA; MUNIZ, 1980, p. 228 e 232).

Nessa linha, a maior parte dos discursos jurídicos contemporâneos ancorados na dignidade humana defende a relativização do formalismo que marcou o pensamento jurídico moderno, a fim de que os conceitos gerais e abstratos sejam aplicados de maneira mais afinada às peculiaridades do contexto em que se impõem (FACHIN; RUZYK, 2008).

Também é certo que, a partir do acolhimento do princípio da dignidade em nossa Carta constitucional, multiplicaram-se os discursos que recorrem a esse conceito como aparato de sustentação da validade ético-jurídica de todo tipo de proposta de regulamentação ou viés interpretativo de princípios e normas.

Há permanente disputa e polissemia quanto ao conteúdo do princípio da dignidade. E, afinal, a inescapável margem de abertura do conceito não é de se estranhar quando se atina que as sociedades estão em constante transformação e parecem cada vez mais plurais.

Mas, ainda que se reconheça a impossibilidade de fixação definitiva do conteúdo da dignidade humana, é pertinente refletir acerca da necessidade de construção de certos consensos - parciais, condicionados e democráticos - que atribuam maior grau de concretude ao princípio da dignidade, sob pena de que ele seja esvaziado na função de argumento retórico (CORRÊA, 2010, p. 74).

Por isso mesmo, é importante que a dignidade seja pensada em termos mais abrangentes e, ao mesmo tempo, mais concretos que sua vertente kantiana originária. Como sustenta Adriana E. Corrêa,

Admitir que a dignidade da pessoa humana é um conceito construído, e em construção, em uma sociedade e em uma época, não significa esvaziá-la de conteúdo, ao contrário, significa lhe dar concretude. [...] Na atualidade, o princípio jurídico da dignidade, tal qual definida no pensamento inspirado em Kant, oferece parâmetros apenas para casos-limite (como o assassinato, a escravidão, pesquisas científicas sem o conhecimento e o consentimento do pesquisado), mas não ajuda a formular critérios na grande maioria das questões, [especialmente aquelas provocadas pelas] inovações da biotecnologia e da biomedicina [...]. (CORRÊA, 2010, p. 75).

Contemporaneamente, pode-se argumentar que a vontade individual não deixou de ser tutelada, mas passou a ser temperada pela confiança. Porém, quando se tratam das relações que têm por objeto o corpo humano, é importante que a confiança e a boa-fé não sejam funcionalizadas pela segurança jurídica, mas pelos outros princípios e direitos que orientam a esfera existencial (CORRÊA, 2010).

A vontade individual de dispor do próprio corpo não deve ser limitada com base nos mesmos critérios que delimitam as liberdades de conteúdo patrimonial. Na seara dos direitos de personalidade, os limites devem ser buscados nas “normas [e] valores fundamentais da ordem jurídica atinentes à matéria, dentre os quais se destacam a vida, a integridade psicofísica, a saúde, a autodeterminação individual e a preservação da intimidade” (CORRÊA, 2010, p. 49). Assim, erige-se uma esfera de autonomia privada que não mais corresponde ao paradigma liberal da autonomia da vontade.

A autonomia privada veio a ser pensada como esfera de “autorregulamentação de interesses particulares como poder conferido pela ordem jurídica, dentro dos limites por ela impostos” (CORRÊA, 2010, p. 50). Mas, além disso, a autonomia torna-se um princípio da ordem jurídica, coexistindo com outros princípios e direitos que se limitam e conformam mutuamente (CORRÊA, 2010, p. 50).

No ordenamento jurídico brasileiro, a autonomia de disposição do próprio corpo é, concomitantemente, fundamentada e limitada pelo princípio da dignidade humana, o qual se desdobra no princípio da integridade psicofísica.

Ao mesmo tempo em que é inegável a existência de uma esfera de autorregulamentação de interesses do sujeito em relação ao seu corpo (a exemplo das tatuagens, cirurgias estéticas, procedimentos de modificação corporal realizados por pessoas transgêneras, etc.), a disponibilidade fundada na vontade pode ser vir a ser limitada com base em critérios como o princípio da gratuidade (§ 4º do art. 199



da CF), o direito individual ou coletivo à saúde, a integridade psicofísica, dentre outros, conforme sua aplicabilidade à hipótese ou ao caso concreto.

Ainda que os direitos de personalidade não sejam limitados pela segurança jurídica ou pela função social propriamente dita, à maneira dos direitos patrimoniais, pontue-se mais uma vez que a herança cultural e filosófica que fundamenta a aplicação dos conceitos jurídicos pode ensejar que os atos de cunho existencial sofram limitações mais severas que os atos patrimoniais (CORRÊA, 2010, p. 50).

Por exemplo, já sob a égide da Constituição de 1988, os juristas brasileiros ainda controvertiam acerca da licitude da cirurgia de transgenitalização, compreendida por alguns como mutilação genital ou ato ofensivo à integridade física e, por outros, como aspecto ligado à identidade pessoal e necessário ao resguardo da integridade psicofísica da pessoa transgênera.

Os juristas ligados a uma concepção personalista e pluralista dos ordenamentos contemporâneos consentem que o campo de autonomia jurídica não mais se identifica com um espaço de imunidade do poder da vontade individual no âmbito das relações privadas, eis que a autonomia não possui caráter absoluto nos sistemas jurídicos norteados pela dignidade humana e pela solidariedade social.

Mas, rechaçar o sentido absolutizante da autonomia privada não implica a negação desse princípio jurídico. A redefinição do conceito de autonomia privada reflete uma reorganização das prioridades adotadas pelo sistema jurídico, e isso não necessariamente impede o alargamento da esfera de liberdade existencial.

Pode-se argumentar, aliás, que a imposição de limites à autonomia privada patrimonial de uns é o que abre espaço para o alargamento da autonomia privada existencial de outros – a exemplo da funcionalização da propriedade privada em prol do direito à moradia.

Quando se trata do direito de dispor do próprio corpo, coexistem diversas linhas de raciocínio capazes de conduzir a efeitos jurídicos (e econômicos, sociais e existenciais) diversos. A apreciação da validade dos atos de disposição corporal oscila constantemente entre os critérios da indisponibilidade e da autonomia.

Os atos de disposição corporal estão albergados pelo regime jurídico dos direitos da personalidade e sua disciplina legal encontra-se nos artigos 13 a 15 do Código Civil (Lei nº 10.406/2002).

A Constituição Federal de 1988 contempla uma cláusula geral de proteção à pessoa que se ancora nos princípios da dignidade humana e da igualdade

(preâmbulo e *caput* do art. 5º da CF) (SZANIAWSKI, 2005, p. 137). Ao lado da cláusula geral, há direitos especiais de personalidade que defluem principalmente do art. 5º da Constituição Federal e dos arts. 11 a 21 do Código Civil.

No que se refere ao exercício dos direitos reprodutivos, destacam-se os direitos à igualdade de gênero, à autonomia pessoal e à integridade psicofísica (incisos I a III do art. da CF, respectivamente), ao planejamento familiar (art. 226 da CF) e, ainda, os direitos à privacidade, à intimidade e ao corpo (arts. 13 a 15 do CC).

Todos esses direitos fragmentários devem ser compreendidos à luz da cláusula geral de proteção à pessoa. Ou seja, quaisquer direitos de personalidade defluem diretamente do princípio da dignidade humana. Não obstante, a definição do conteúdo do conceito de dignidade humana é manipulável conforme os pressupostos e finalidades em jogo.

Portanto, a especificação legal do conteúdo da dignidade como fundamento e limite do direito individual de disposição do corpo é relevante, especialmente quando se nota que esses atos costumam estar imbricados a relações intersubjetivas nas quais há disparidade de poderes, tais como as relações entre médico e paciente.

Embora o atual Código Civil tenha avançado ao reconhecer expressamente os direitos de personalidade, no que se refere aos atos de disposição corporal pode-se afirmar que a disciplina contida nos arts. 11 a 15 do CC não apenas é insuficiente, como também pode ter o efeito de entravar a incidência do princípio do livre desenvolvimento da personalidade na tutela do direito ao corpo.

Ao proibir a “limitação voluntária” dos direitos de personalidade, o art. 11 do CC parece andar na contramão da tendência de valorização da vontade individual na esfera da autodeterminação existencial.

Sabe-se que a dignidade humana é mais ampla que isso, mas há que se reconhecer que um de seus aspectos fundamentais é a autodeterminação individual, compreendida como poder de atribuir efeitos jurídicos à própria vontade (CORRÊA, 2010 p. 77).

Também é passível de inúmeras críticas a disciplina codificada do direito ao corpo, especificamente. O art. 13 do CC estipula que, salvo por exigência médica, são defesos os atos de disposição do próprio corpo que importarem em redução permanente da integridade física ou ofensa aos bons costumes. O art. 15 do CC, por

sua vez, prescreve a necessidade de consentimento do sujeito para que se realizem intervenções médicas em seu corpo, exceto quando houver iminente risco de morte.

A leitura desses dispositivos permite concluir que, no tocante à amplitude da liberdade conferida aos sujeitos para criar vínculos jurídicos relativos a seu corpo, o ordenamento jurídico brasileiro integra a perspectiva axiológica que assume a exterioridade do corpo em relação ao sujeito e, ao mesmo tempo, limita sua liberdade de decisão e disposição do corpo (GEDIÉL, 2000). Consequentemente, a pessoa é vista como possuidora de um corpo do qual não dispõe plenamente.

Na perspectiva codificada, o corpo só é disponível pelo sujeito nos quadrantes estabelecidos pela ordem jurídica (em seu conjunto de princípios e normas legais e infralegais). E, a supervalorização do princípio da indisponibilidade abre margem para que os limites da integridade psicofísica sejam reduzidos aos parâmetros da ciência médica.

Sob o prisma da indisponibilidade, pode-se concluir que o sujeito só poderia almejar realizar um ato considerado aniquilador de sua integridade física ou contrário aos “bons costumes” na hipótese de tais atos serem necessários para a tutela de sua saúde, ou melhor, quando houver prescrição médica para a sua realização.

Dessa maneira, o Direito atribuiria ao discurso médico a função de dizer sob quais circunstâncias e em que extensão a intervenção sobre o corpo é necessária para a preservação da saúde, integridade e dignidade do sujeito. Essa abordagem não é pautada apenas pelo resguardo das liberdades legítimas de terceiros, mas também pelo intuito de proteção do indivíduo contra si mesmo.

Além do mais, pode-se acusar a inexistência e abstração da noção de “bons costumes”, e o risco de que esse critério permita a sobreposição de interesses coletivos em detrimento da autonomia pessoal. O conteúdo do critério dos bons costumes é deixado a cargo de profissionais de saúde ou do juiz - enfim, subordinado ao julgamento alheio (SCHREIBER, 2013).

Mas, como adverte José Antônio Peres Gediel, a tradicional compreensão dos direitos de personalidade sob o manto da indisponibilidade é insuficiente para dar conta da complexa relação entre o sujeito de direito e seu corpo.<sup>63</sup>

A perspectiva de resguardo do indivíduo contra si mesmo, mediante recurso ao princípio da indisponibilidade, entra em conflito com inúmeros outros discursos que propõem a autonomia do sujeito para dispor de seu corpo, sob a compreensão de que o resguardo dessa autonomia constitui aspecto fundamental da dignidade substancial e também da integridade psicofísica.

A perspectiva contemporânea dos direitos humanos e direitos de personalidade abre brechas para o questionamento da tradição de identificação da autonomia privada com a liberdade patrimonial. Com esforço, é possível adaptar as categorias jurídicas erigidas no contexto patrimonialista às questões contemporâneas acerca da liberdade existencial.

Como exemplo, pode-se mencionar a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2007) e o consectário Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD - Lei nº 13.146/2015). Desses diplomas resultou a reformulação legal do sistema de incapacidade civil, justamente com o objetivo de que as pessoas com deficiência não sejam privadas de sua autodeterminação existencial.

Ao proclamar que nenhuma pessoa com deficiência é absolutamente incapaz e que eventual curatela dessas pessoas só abrangerá o exercício de atos de caráter patrimonial, pretendeu-se resguardar a autonomia existencial dessas pessoas. Ou seja, a possibilidade de que a sua manifestação de vontade seja apta à produção de efeitos jurídicos, no que diz respeito ao exercício de direitos como “o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto” (§ 1º do art. 85 do EPD). Mencione-se que o Comitê dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU recomenda que se evite ao máximo a substituição da vontade da pessoa com deficiência pela pessoa de seu curador.

---

<sup>63</sup> “É bem verdade que não podemos ignorar as profundas alterações da autonomia privada ao longo do século XX, conformada pelos demais princípios e normas do ordenamento jurídico, em especial o respeito à dignidade humana, à igualdade material e à boa-fé objetiva. A autonomia do sujeito, no marco do Estado de Bem Estar Social, no Brasil, na Constituição de 1988, sofre a inflexão do abrandamento da rígida separação entre público e privado, que caracteriza o Estado Liberal. No que tange ao corpo, entretanto, resta evidente que ainda que a autonomia esteja limitada pelo interesse público (ou social) na proteção da dignidade da pessoa humana, ao longo do século XX o que vimos foi uma reafirmação da vontade pessoal, exatamente como forma de proteção de sua dignidade.” (GEDIEL, 1998, p. 64-65).

Sabe-se que, a despeito dessas normas, o acolhimento da autonomia existencial das pessoas com deficiência encontra diversos entraves, dentre os quais a concepção racionalista e abstrata do sujeito de direito. A alteração de regime jurídico (como a submissão ao regime da incapacidade relativa ao invés da incapacidade absoluta) é um avanço bastante limitado se não vier acompanhado de uma reestruturação mais profunda do sistema jurídico. O mesmo se pode dizer acerca dos direitos de personalidade reconhecidos pelo Código Civil de 2002.

Mas, sem a pretensão de aprofundar essas ressalvas, a menção às normas que atualmente regem os direitos das pessoas com deficiência serve de indício quanto ao movimento contemporâneo de valorização da vontade individual no campo dos atos jurídicos de conteúdo existencial, dentre os quais se destaca a autodeterminação sobre o próprio corpo e saúde.

A cláusula geral de tutela da pessoa humana, da qual decorre a diretriz de sua intangibilidade ou indisponibilidade da dignidade que lhe é inerente, impõe que a autonomia corporal seja compatibilizada com os valores da integridade psicofísica e da saúde individual e coletiva. Mas, não há que se cogitar de ofensa à integridade psicofísica do sujeito se a sua autonomia for exercida “dentro das fronteiras da licitude jurídica” (CORRÊA, 2010, p. 85).

Portanto, no que tange ao objeto desta pesquisa, há que se perscrutar mais pormenorizadamente a amplitude da liberdade jurídica da parturiente para definir as intervenções médicas a que aceita ser submetida no momento do parto.

## 2.3 TENSÃO NAS DECISÕES SOBRE A SAÚDE E A VIDA.

A autonomia jurídica, na qualidade de direito subjetivo e princípio da ordem jurídica, comporta o direito de autodeterminação sobre o próprio corpo e saúde, desde que respeitados os limites da licitude.

Assim como a autonomia pessoal é fundamentada e limitada pela dignidade humana, também a integridade psicofísica e a saúde podem representar fundamentos e limites à autonomia corporal, concomitantemente. Sob a perspectiva da indivisibilidade dos direitos humanos, pode-se afirmar que isso se dá porque integridade psicofísica, saúde e liberdade são aspectos reciprocamente interligados.

Ademais, uma pessoa humana concreta possivelmente não toma suas decisões com base na racionalidade de sopesamento entre os valores da integridade, saúde e liberdade, e tampouco os vivencia como aspectos segmentados de sua existência.

A necessidade de conceituação, classificação e ponderação é típica da racionalidade jurídica, a qual ainda opera, predominantemente, de modo a primeiro tornar as relações sociais concretas em relações jurídicas abstratas para, então, fornecer soluções à realidade abstratamente projetada.

Já a pessoa humana concreta pauta suas escolhas numa racionalidade outra, impossível de traduzir pelo discurso jurídico moderno. Decisões concretas estão emaranhadas numa complexa rede de fatores como crenças e alternativas disponíveis.

Levando em conta o princípio da diversidade (CORRÊA; PETCHESKY, 1996), pode-se argumentar que o indivíduo deve ser respeitado em sua singularidade, donde se conclui que apenas ele seria capaz de avaliar a melhor decisão em seu contexto pessoal, ainda que a escolha contrarie os costumes predominantes na sociedade. Portanto, resguardados os direitos fundamentais de outras pessoas humanas, seria indevida a intromissão do Estado ou de particulares nas decisões pessoais relativas ao exercício dos direitos reprodutivos.

E, diante do perfil prestacional dos direitos, o Estado seria obrigado não só a respeitar a vontade individual, mas também promover as condições necessárias para sua efetivação.

Ocorre que o princípio da solidariedade social e o caráter intersubjetivo do exercício de direitos podem ensejar severas restrições à vontade individual. Tendo em vista, por exemplo, o dever estatal de promoção da saúde de todos, pode-se cogitar da licitude de tratamento médico compulsório quando essa medida for reputada necessária ao resguardo da saúde pública.

Além da hipótese de conflito com direitos de terceiros, a submissão involuntária a tratamento médico também pode ser motivada pelo objetivo de proteção do próprio sujeito, especialmente quando ele é considerado vulnerável e menos capaz de proteger os próprios interesses. A relativização da vontade individual atinge mais frequentemente crianças, pessoas com deficiência, doentes em estado terminal e idosos.

Em todo caso, percebe-se que a validade jurídica da manifestação de vontade para realização de procedimento médico está sujeita, em última instância, ao julgamento alheio e ao critério das finalidades socialmente aceitas.<sup>64</sup>

Em alguns casos, prevalece a compreensão de que respeitar a vontade do sujeito se faz necessário para resguardar sua integridade psicofísica e saúde, ou mesmo sua liberdade de crença (a exemplo da negativa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová).

Noutros casos, ou então nos mesmos casos, mas sob outro ponto de vista, considera-se que o indivíduo deve ser protegido de si mesmo ou que sua liberdade deve ser limitada devido aos interesses sociais.

Tal oscilação pode ser encontrada também no interior de um mesmo diploma normativo, conforme se constata em relação à Lei nº 9.434/1997, que trata do transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano (GEDIEL, 2000, p. 109).

De todo modo, a permissão para que prevaleça a vontade individual ou o interesse coletivo é sempre atravessada pela cultura, pelas instituições e pelo tipo de conhecimento que embasa os processos decisórios dos agentes sociais (JORDAN; IRWIN, 1987).

Tendo em vista que os direitos individuais não se descolam completamente dos interesses coletivos, torna-se compreensível a constante oscilação do direito ao corpo entre os pólos da disponibilidade e indisponibilidade.

Além de se tratarem de questões política e moralmente controversas, percebe-se que há uma diversidade imensa de situações albergadas pelo mesmo conjunto de categorias, o que dificulta a universalização do regime jurídico e desafia as respostas fáceis.

Também é importante ressaltar que, atualmente, o campo da licitude já não é delimitado apenas pela lei em sentido estrito, mas também por atos normativos infralegais emanados de instituições às quais se reconhece o poder de regulamentar as práticas atinentes às suas áreas de *expertise*.

---

<sup>64</sup> “Mas, o simples fato de o ordenamento jurídico admitir a disposição corporal pelo sujeito não afasta o caráter geral de ilicitude dos atos de agressão ao corpo, ainda que consentidos, pois remanesce o interesse social que vincula integralmente o sujeito à ordem jurídica, limitando sua liberdade. A vontade privada dirigida à disposição corporal só é juridicamente valorada, se direcionada para fins admitidos pelo ordenamento jurídico [...]. Chega-se à conclusão de que a vontade, apesar de necessária, não é suficiente para tornar lícitos todos os atos de disposição corporal. A proteção dos interesses individuais e a proteção de valores e interesses coletivos concorrentes recaindo sobre o corpo humano interpenetram-se e podem se fazer presentes nos vários campos e categorias normativas” (GEDIEL, 2000, p. 97-98).

Em tese, a regulamentação infralegal não pode acrescentar direitos ou limites ao exercício de direitos, mas apenas especificar questões de ordem técnica ou procedimental. Na prática, contudo, essa regulamentação se impõe com força equivalente, senão maior, que as normas constitucionais e legais.

A consolidação da ciência médica como *authoritative knowledge* vigente faz com que os critérios de ordem técnica exerçam maior poder de impacto nas decisões que os direitos legalmente reconhecidos, ou que o conteúdo desses direitos seja delimitado pelos critérios técnicos.

Desse modo, a liberdade individual é conformada não só pelos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, mas também por normas e orientações editadas por uma extensa rede de agentes públicos e privados, cuja atuação tem alcance local, nacional ou internacional. No campo da saúde, destacam-se a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Federal de Medicina (CFM).

Ainda que a força normativa de tais agentes possa ser questionada, reconhece-se que seus posicionamentos dificilmente podem ser ignorados. Partindo desse reconhecimento, optou-se pela análise conjunta do corpo constitucional, legal e infralegal de normas que orientam a definição dos limites da autonomia da vontade no que diz respeito à intervenção médica, buscando-se relacioná-las, enfim, ao tema específico do parto.

Em regra, a realização de procedimentos terapêuticos é uma faculdade do sujeito, e não um dever (art. 15 do CC). Ou seja, a esfera de autodeterminação individual abrange os direitos de eleger procedimentos médicos e também de recusá-los.

Note-se que esses direitos são efetivamente ancorados na concepção de resguardo de uma esfera na qual o sujeito exerça domínio sobre si mesmo. Disso decorre que não se deve cogitar de ofensa à integridade psicofísica quando a intervenção médica for lícita e desejada pelo paciente, mesmo após ser informado dos riscos.

A autonomia para eleger ou recusar procedimento médico não se limita à esfera dos atos terapêuticos em sentido estrito. Há atos médicos altamente interventivos que são considerados lícitos porque se motivam pela realização da personalidade do paciente, tais como as cirurgias estéticas e de transgenitalização, ou por finalidades solidárias, como o transplante de órgãos.



O primeiro limite que se impõe a essa esfera de autodeterminação é a indisponibilidade do direito à vida. Assim como o indivíduo não tem o direito de escolher se suicidar, o médico deve se recusar a agir quando o procedimento desejado pelo paciente apresentar risco gravíssimo à sua vida, e também tem o dever de empregar os melhores meios para preservar a vida do paciente quando se deparar com o risco concreto e iminente de morte (art. 15 do CC; § 3º do art. 146 do Código Penal; art. 22 do Código de Ética Médica).

Ainda, o direito de eleger procedimentos também não pode ser oposto ao médico quando, na ausência de iminente risco de morte, o profissional se recuse por considerar o ato atentatório às suas crenças pessoais ou ao seu julgamento clínico, pois é resguardada sua liberdade no exercício da profissão (CORRÊA, 2010, p. 102).

Ressalvadas essas hipóteses, o médico só pode intervir no corpo do paciente se obtiver o seu consentimento livre e esclarecido. Isso porque, mesmo diante de eventual necessidade de tratamento médico compulsório para proteção da saúde pública, essa intervenção forçada só deve ser feita mediante ordem judicial fundada em disposição legal expressa (CORRÊA, 2010; GEDIEL, 2000).

Ressalte-se que o tratamento médico compulsório não se justifica pela necessidade de proteção da saúde daquele que negou consentimento. O indivíduo pode arriscar sua saúde, desde que isso não implique em escolha deliberada da própria morte. Portanto, ressalvada a indisponibilidade do direito à vida, a imposição de tratamento médico só pode ser cogitada para proteger direitos fundamentais de terceiros ou a saúde pública, e desde que haja proporcionalidade na medida.

O intuito jurídico que garante o resguardo da autonomia do paciente é o consentimento livre e esclarecido. Não basta que o paciente consinta com o tratamento prescrito pelo médico, é necessário que ele esteja plena e efetivamente informado quanto a todos os procedimentos alternativos e potenciais riscos e benefícios da intervenção médica sugerida.

O dever médico de prestar ao paciente informações amplas, acuradas (baseadas nas evidências científicas atualmente disponíveis) e compreensíveis decorre do princípio da boa-fé objetiva que norteia os contratos. Entende-se que médico e paciente devem colaborar mutuamente para encontrar soluções consensuais e seguras para a tutela da saúde do paciente (CORRÊA, 2010).

O dever de informar tem o objetivo de garantir que o paciente compreenda todos os riscos envolvidos nas alternativas de tratamento disponíveis, a fim de resguardar a sua competência para medir quais riscos e desconfortos entende serem suportáveis quando avaliados em comparação aos benefícios esperados.

Ressalte-se que os aspectos físicos e psíquicos da pessoa humana devem ser resguardados de maneira indissociável<sup>65</sup>, sendo que o sentimento de confiança na existência de colaboração mútua e de controle sobre o próprio corpo são aspectos fundamentais para a saúde e integridade psicofísica do paciente.

A atribuição do dever de informar ao médico como aspecto decorrente do princípio da boa-fé objetiva assinala o reconhecimento jurídico da desigualdade inerente à relação médico-paciente. O médico é detentor do conhecimento técnico e o exercício de sua profissão envolve a tarefa de traduzir adequadamente esses conhecimentos ao paciente.<sup>66</sup>

A vulnerabilidade do paciente consiste em que ele depende da intermediação do médico para compreender seu estado de saúde e os impactos das escolhas que lhe são apresentadas. Portanto, a concentração de informação no pólo médico da relação redobra o dever do profissional de propiciar o adequado esclarecimento ao paciente.

A questão da assimetria de poderes na relação médico-paciente tem sido alvo de crescentes debates. Desde a segunda metade do século XX, a aceleração dos avanços tecnocientíficos ligados ao incremento da saúde humana tem contribuído para que a atuação médica sofra constantes questionamentos de ordem ética.

---

<sup>65</sup> Uma das conceituações mais recorrentes da saúde é aquela proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a concebe como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Essa perspectiva é especialmente relevante no âmbito dos direitos reprodutivos, regidos pelo princípio da liberdade de planejamento familiar (art. 226 da CF). Segundo o Programa de Ação do Cairo, a saúde reprodutiva consiste em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, assim, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência devem fazê-lo”. (NAÇÕES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2). Referidas “questões relacionadas com o sistema reprodutivo” remetem aos processos de gestação, amamentação, parto, técnicas de reprodução humanamente assistida, enfim, todos os processos envolvidos na procriação humana.

<sup>66</sup> “Deve-se ter em conta que a decisão do sujeito em consentir, ou não, com relação ao tratamento médico, depende, na maior parte das vezes, da qualidade e quantidade de informações a respeito da intervenção médica, seus riscos, benefícios e resultados” (CORRÊA, 2010, p. 148).

A definição dos limites da intervenção tecnocientífica sobre a vida está em permanente reconstrução. A cada dia surgem novas perguntas e supostas certezas, e toda essa dinâmica estruturada num plano global atinge cada relação concreta que se passa no consultório médico.

Os experimentos científicos realizados por médicos nazistas costumam ser mencionados como eventos que impulsionaram as reflexões públicas sobre os limites éticos da intervenção não consentida no corpo humano. Desde 1931, a Alemanha contava com legislação regulamentadora das práticas experimentais em seres humanos, na qual se previa a necessidade de obtenção do consentimento prévio. Mas, apenas ao final da Segunda Guerra Mundial, as práticas de pesquisa não consentidas foram denunciadas e então julgadas pelo Tribunal de Nuremberg - Tribunal de exceção formado por juízes estado-unidenses e instalado em 1946 para apurar crimes cometidos por vinte médicos e outros três réus.

Em 1947, o Tribunal divulgou as sentenças proferidas e também lançou um documento conhecido como Código de Nuremberg, composto por dez preceitos que compõem as primeiras diretrizes éticas internacionais acerca da realização de pesquisas em seres humanos. O Código de Nuremberg é considerado um precursor dos discursos bioéticos, na medida em que foi a primeira declaração do século XX a fazer reingressar no direito o princípio da autonomia do sujeito e estendê-la ao âmbito da liberdade sobre o próprio corpo.

Em 1948, a comunidade internacional reafirmou a liberdade individual e inviolabilidade da integridade psicofísica por meio da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, consoante já se mencionou anteriormente.

Ainda assim, a preocupação com os limites éticos da ciência somente ganhou repercussão mais ampla ao longo das décadas de 1960 e 1970, período no qual essa discussão ganhou espaço no meio acadêmico norte-americano e europeu (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Ao tratar do tema, Débora Diniz e Dirce Guilhem ressaltam a relevância da publicação de artigo de autoria de Henry Beecher.<sup>67</sup> Relata-se que ele passou alguns anos coletando artigos de revistas renomadas embasados em experimentos com seres humanos e, a partir de sua compilação, divulgou 22 casos de pesquisas

---

<sup>67</sup> *Ethics and Clinical Research* (1966).

feitas em “cidadãos de segunda classe” sob condições contrárias às diretrizes éticas afirmadas até então.

Conta-se que o artigo de Beecher causou assombro na comunidade médica e foi crucial para demonstrar que “a imoralidade não era exclusiva dos médicos nazistas, tal como os novos cientistas acreditavam” (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 23).

Esse e outros fatos da “microhistória da bioética” foram marcantes porque teriam evidenciado que a quebra de princípios éticos na aplicação da ciência aos seres humanos não seria uma conduta excepcional, restrita aos “cientistas loucos”, mas uma prática muito mais recorrente do que se gostaria de admitir (CORRÊA; DINIZ, 2001, p. 680).

A Declaração de Helsinque, concebida pela Associação Médica Mundial em 1964, é considerada um reflexo desse movimento, e o documento ainda hoje vem sendo atualizado e discutido pela comunidade científica. Outro documento relevante no processo de consolidação da bioética foi o Relatório Belmont, produto da iniciativa do governo e do Congresso estado-unidenses. Fundado nos princípios do respeito às pessoas, da beneficência e da justiça, o Relatório reitera a importância do consentimento informado, equilíbrio entre riscos e benefícios e uma justa seleção dos sujeitos submetidos a pesquisas (STEVENS, 2014, p. 05).

Ainda, um importante precursor da consolidação da bioética como um ramo institucionalizado de saber foi Van Rensselaer Potter, autor da obra *Bioethics: Bridge to the Future* (1971). Para ele, a ponte para o futuro consistiria em aplicar e desenvolver as ciências biológicas sob a orientação de valores humanos. Expressou como cerne de sua preocupação “o fato de que a ética humana não pode estar separada de uma compreensão realista da ecologia em um sentido amplo. Valores éticos não podem estar separados de fatos biológicos...” (POTTER, 1971 *apud* DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 13).

A consolidação acadêmica dos princípios orientadores das práticas biomédicas teve como marco a renomada obra de Beauchamp e Childress, intitulada *Princípios da Ética Biomédica* (1979). Considera-se que o relatório de Belmont e a obra de Beauchamp e Childress foram os pontos de partida da linha principialista da bioética, isto é, da afirmação de um conjunto de princípios universais para guiar a resolução de casos moralmente inquietantes (STEVENS, 2014, p. 02).

Assim, este trabalho agrega sob a denominação de bioética o conjunto de discursos que sugere a adoção de determinados princípios universais como critérios

de composição dos atuais e potenciais conflitos gerados pelas intervenções da ciência biomédica no corpo humano.

Esses discursos propõem-se à construção de uma ética que estabeleça confluência equilibrada entre os avanços biotecnológicos e a perspectiva humanista de preservação da dignidade da pessoa, sob a concepção de que a finalidade dos avanços tecnológicos deve ser a preservação e o aprimoramento da condição humana.

Nota-se, pois, que a bioética nasceu como um discurso desvinculado do sistema jurídico, um produto do auto-questionamento ético da comunidade médica e pesquisadora, ocasionado também pela insuficiência das respostas jurídicas tradicionais para os conflitos biomédicos contemporâneos.

Ressalvadas as diretrizes jurídicas principiológicas e poucas leis especiais, predomina hoje um silêncio legislativo quanto à maior parte dos temas abordados pelos discursos bioéticos. No que tange aos direitos reprodutivos, um dos exemplos consiste na reprodução assistida, prática realizada no Brasil desde 1984 que permanece sem regulamentação legal. Essa lacuna tem sido preenchida pelas resoluções do Conselho Federal de Medicina, as quais se fundamentam na perspectiva bioética.

Os pilares da bioética consistem nos princípios da autonomia, beneficência e justiça. A autonomia é um postulado de respeito à liberdade decisória do paciente, em reconhecimento do seu direito de autodeterminação e de sua dignidade. Já o princípio da beneficência recomenda ponderação entre os potenciais riscos e benefícios de um procedimento médico, de modo que a conduta médica deve ser pautada pela maximização dos benefícios e a redução dos riscos ao paciente. O princípio da justiça, por fim, impõe a justa distribuição dos riscos e benefícios na relação médico-paciente, especialmente na condução de pesquisas científicas com seres humanos e na formulação de políticas públicas (CORRÊA, 2010, p. 99).

A perspectiva da bioética e as normas oriundas das instituições que reverberam essa racionalidade têm sido recepcionadas pelo sistema jurídico. Dessa aproximação resultou o chamado “biodireito”, que corresponderia ao conjunto de normas e princípios que regula as questões relativas ao impacto da biomedicina sobre o indivíduo e a sociedade (GEDIÉL, 2002, p. 332).

Aparentemente, isso tem conduzindo os discursos jurídicos no sentido da afirmação da autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo (DINIZ; GUILHEM,

2012). Mas, é necessário atentar que a bioética posiciona a autonomia do paciente ao lado do dever médico de beneficência e do interesse social na realização da justiça. A resolução de eventuais conflitos entre médico e paciente tende a ser abordada como uma questão de ponderação entre o princípio de autonomia do paciente e o princípio de beneficência do médico (CORRÊA, 2010).

Note-se que o conteúdo do dever médico de maximização dos benefícios para a saúde pauta-se, sobretudo, em critérios médicos técnicos, objetivos e indiferentes à vontade do paciente. Diante disso, o dever de beneficência é pensado, majoritariamente, como um fator de limitação ao princípio da autonomia.<sup>68</sup>

Alguns discursos jurídicos, presos ao plano do dever-ser e pouco atentos aos modos das relações concretas, parecem superestimar a confluência de interesses entre o indivíduo, o médico e o Estado, pressupondo o comprometimento de todos com a preservação da saúde do paciente e a convergência de concepções acerca do que constitua a saúde.

Nada obstante, os movimentos em torno da violência obstétrica e da humanização do parto evidenciam a profundidade dos conflitos que frequentemente emergem nas relações entre parturientes e profissionais de saúde.

A crítica desses movimentos à ausência de protagonismo feminino no parto tecnocrático deriva, em grande parte, da constatação de que o dever de obtenção do consentimento livre e esclarecido da paciente antes da realização de qualquer tipo de intervenção em seu corpo tem sido sistematicamente ignorado.

No padrão de atendimento obstétrico atualmente predominante, o parto é visto como ato de competência médica e se desenrola com alto grau de intervencionismo sobre o corpo feminino. Além disso, naturalizou-se a compreensão de que a manifestação de vontade da parturiente é desnecessária para a realização da maioria dos procedimentos, mesmo aqueles que comportam riscos significativos.

Isso possivelmente deriva da presunção, resultante de fatores sociais e históricos, de que a parturiente compartilha a vontade última de concluir um parto seguro, ao final do qual mãe e bebê gozem de boas condições de saúde física. E,

---

<sup>68</sup> “O princípio da beneficência figura, nessa perspectiva, como um limite à autonomia do paciente, e tem seu conteúdo definido por critérios alheios ao da escolha individual. Sem conteúdo prévio, o princípio da beneficência acaba por ser determinado pelo julgamento profissional, e também moral, do médico, que tem a competência (e o poder) de avaliar o que é melhor para o paciente, com base no seu conhecimento técnico e na sua experiência profissional” (CORRÊA, 2010, p. 101).

concomitantemente, da presunção de que o médico é o único habilitado a maximizar a segurança do parto.

Note-se que a visão do parto como acontecimento necessariamente perigoso e doloroso contribui para a desconsideração do bem-estar psíquico da parturiente em nome da segurança.

À medida que se considera natural que a parturiente sofra e sinta-se fragilizada após o parto, é mais provável que suas dores sejam menosprezadas ou então creditadas ao desequilíbrio hormonal ou ao pecado original de Eva, em vez de se investigar a possibilidade de desrespeito pela equipe de saúde.

Um dos efeitos do descrédito da perspectiva da parturiente é a convicção do médico quanto à desnecessidade de obtenção do seu consentimento. Os relatos de mulheres que se consideram vítimas de violência obstétrica não são compostos apenas por médicos malignos – do tipo capaz de mandar a parturiente calar a boca porque “quem manda aqui sou eu” –, mas principalmente por médicos genuinamente convictos de que apenas fizeram o que era melhor para a paciente.

Ressalte-se que “a tutela constitucional da inviolabilidade da pessoa impõe que qualquer intervenção no corpo humano, por mínima que seja, venha sempre precedida pelo consentimento” (CORRÊA, 2010, p. 156). Mais que isso, o consentimento é condição de validade de qualquer ingresso na esfera de intimidade do indivíduo, mesmo que inexistam riscos ou intervenção direta no corpo (CORRÊA, 2010, p. 159).

O dever de obtenção do consentimento não se restringe às relações contratuais e tampouco se direciona exclusivamente ao médico. Trata-se de instituto diretamente ancorado nos direitos de personalidade, requisito de validade de todo e qualquer ingresso externo nessa esfera.

Desnecessário que o consentimento seja firmado por escrito para que seja reputado válido, mas é primordial que seja efetivo. Ou seja, não basta a assinatura do paciente em formulário padrão, nem é válido o “consentimento em branco” (autorização *a priori* para que o médico efetue quaisquer atos que repute necessários), salvo as raras exceções em que o paciente efetivamente escolhe não ser informado (CORRÊA, 2010).

Tendo em vista que o consentimento livre e esclarecido é o meio de resguardo da autonomia do paciente, compreende-se que o descumprimento desse dever pelo médico ou qualquer outro profissional de saúde, em quaisquer

procedimentos realizados ao longo do processo de parto, é causa suficiente para caracterização de dano à personalidade e consequente responsabilização civil (CORRÊA, 2010, p. 194).

Sabe-se, porém, que essa perspectiva nem sempre é acolhida pelo Estado-juiz. Encontram-se precedentes jurisprudenciais nos quais, mesmo sendo certa a ausência de consentimento, a responsabilização foi definida por outros critérios, como a necessidade da intervenção para a cura da enfermidade ou a concretização do risco de dano físico ao paciente (CORRÊA, 2010, p. 210-211).

Além de convivermos com linhas de pensamento que priorizam a indisponibilidade em detrimento da autonomia do paciente, a efetivação do direito de autodeterminação por meio da figura do consentimento livre e esclarecido encontra diversos outros entraves, tais como: *i)* o contexto de massificação do atendimento médico, em que o instituto do consentimento é frequentemente reduzido a uma assinatura em formulário padronizado; *ii)* a incipiência de mecanismos preventivos eficazes, o que acarreta a substituição do exercício do direito de autodeterminação pela mera possibilidade - custosa, demorada e incerta - de reparação patrimonial posterior; e *iii)* a dificuldade de provar em Juízo a ausência de consentimento, eis que muitas vezes não há testemunhas além da equipe de saúde.

O Plano de Parto é uma alternativa disponível para ampliar as possibilidades de diálogo com a equipe de saúde, prevenir condutas de desrespeito injustificável à autodeterminação da paciente e, ainda, facilitar a produção de provas em eventual ação judicial.

Trata-se do documento no qual a gestante declara antecipadamente as suas preferências pessoais, os procedimentos a que deseja ou não ser submetida no período em que permanecer no hospital ou casa de parto e quaisquer outras informações ou declarações que entender pertinentes. O Plano pode ser elaborado por iniciativa da gestante e, preferencialmente, com a máxima colaboração do médico e confiança entre as partes.

Vale lembrar que nem sempre é possível que o parto seja realizado pelo mesmo médico que acompanhou a gravidez e, nesses casos, a utilização do Plano pode contribuir para a transparência na comunicação entre os envolvidos e também para a sensação de segurança da parturiente.

O documento deve ser escrito, assinado e protocolado no(s) local(is) onde se planeja ou se cogita a possibilidade de que o parto aconteça. É importante a



emissão de duas vias, a fim de que uma delas permaneça com a paciente, preferencialmente contendo comprovante do recebimento do protocolo pela outra parte.

O Plano de Parto pode ser apresentado com antecedência ou no momento de ingresso para o parto. A antecedência é recomendável para que as partes possam discutir previamente eventuais divergências. E também para que, na hipótese de recusa ao cumprimento, a paciente possa buscar outro local ou equipe de saúde para realização do parto, ou intentar as medidas judiciais cabíveis com vistas ao seu cumprimento forçado.

A utilização dessa ferramenta foi recomendada pela OMS em 1986 e tem sido apresentada como medida de apoio à realização da autonomia da parturiente:

A importância dos Planos de Parto e Nascimento origina-se no respeito ao Princípio Bioético de Autonomia, aumentando assim o controle das mulheres sobre o processo do parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação, servindo como ferramenta importante na preparação para o parto e diminuindo “os medos” da mulher graças à informação e comunicação proporcionadas; constituindo um processo de reflexão para as mulheres (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015, p. 521).

O Plano de Parto ainda é pouco utilizado no Brasil e sua existência parece ser ignorada pela maioria da população, inclusive entre os juristas. Mas, essa alternativa tem adquirido maior visibilidade nos últimos anos, sob o impulso da intensificação dos debates públicos e movimentos sociais envolvidos com a temática, bem como da ampliação do acesso à informação pela *internet*.

O instrumento deve ser recebido como uma das possibilidades de facilitação do exercício do direito ao consentimento livre e esclarecido e da colaboração mútua. Onde se conclui que, em hipótese alguma, a ausência do Plano pode ser interpretada como sinal de aceitação tácita de tudo quanto for considerado necessário pelo médico.

Por se tratar de questão regida pelos direitos de personalidade, o consentimento manifestado no Plano pode ser revogado ou alterado pela parturiente a qualquer momento. Portanto, o documento não desobriga o médico de manter a paciente informada de seu quadro clínico e de confirmar o consentimento antes da realização de qualquer ato que atinja seu corpo e/ou sua intimidade, excetuada a hipótese de iminente risco de morte.

Mas, é primordial que as gestantes sejam esclarecidas da ampla margem de incertezas quanto à eficiência prática de referido instrumento, ou seja, que o documento não representa garantia de que a sua vontade vá ser respeitada pela equipe de saúde ou chancelada pelo Poder Judiciário.

É curioso notar que, em pesquisa na *internet*, encontram-se diversos modelos de Plano de Parto e muitos contemplam advertência no sentido de que as escolhas ali assinaladas são meras diretrizes que não necessariamente se confirmarão. Não se costuma ressaltar o direito da paciente de revogar ou alterar seu consentimento a qualquer momento; enfoca-se apenas a possibilidade de que o Plano não seja cumprido devido a empecilhos fáticos, cuja avaliação compete ao médico.

É preciso cautela na aproximação entre a perspectiva bioética do princípio da autonomia do paciente e a esfera jurídica da autonomia existencial da parturiente. Ao mesmo tempo em que o Código de Ética Médica impõe ao médico o dever de informar amplamente, empregar os melhores meios e respeitar as escolhas do paciente, também lhe impõe os deveres de maximização dos benefícios e minimização dos riscos, e de se recusar a realizar procedimento que considere desnecessário ou excessivamente arriscado.

O direito frequentemente legitima a compreensão de que cabe ao médico avaliar os potenciais riscos e benefícios, desprezando que são justamente os critérios de avaliação e a competência para gestão de riscos os aspectos sob disputa.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> A questão das cesáreas eletivas é um bom exemplo disso. Nas últimas três décadas, ampliaram-se as políticas públicas, normas e movimentos sociais dedicados à reversão do quadro supostamente epidêmico de cesáreas no Brasil. Mas, o Conselho Federal de Medicina tem apresentado ressalvas a essas diretrizes, sob o argumento de ser necessário resguardar a autonomia das pacientes. Ao tratar do assunto, a Resolução CFM nº 2.144/2016 reforçou o direito da gestante de optar pela via de parto, desde que esteja ciente dos possíveis riscos e benefícios, tanto da cesárea quanto do parto vaginal.

### 3 BIOPOLÍTICA, REPRODUÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS.

#### 3.1 A ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA DE GESTÃO DO CORPO, DA SAÚDE E DA REPRODUÇÃO DA VIDA.

Foucault utiliza o conceito de biopolítica para tratar do conjunto de mecanismos de gestão da vida biológica voltados à maximização das forças produtivas (e reprodutivas) de uma população. Entrecruzamentos de discursos e práticas que têm o efeito de disciplina do corpo individual e controle do “corpo social”, isto é, da população.

Ao traçar a genealogia da biopolítica, constatou que, aos poderes disciplinares que já incidiam sobre o homem-corpo, somou-se uma nova tecnologia regulamentadora da vida humana que se volta aos processos de nascimento, morte, reprodução, envelhecimento, controle de doenças, enfim, todos esses fenômenos que adquirem importância quando observados sob o ponto de vista de uma massa global (FOUCAULT, 2002).

O poder disciplinar antecedeu o poder biopolítico - foi, na verdade, uma das condições de aparecimento deste último - e, desde a segunda metade do século XVIII, essas duas tecnologias de poder se entrelaçaram. É preciso ter claro que a biopolítica não substituiu a anatomo-política. Integrou-se a ela e, assim, modificou-a parcialmente (FOUCAULT, 2002).

A anatomo-política e a biopolítica compartilham o propósito de extração e maximização das forças, e ambas se utilizam do corpo para isso. Todavia, fazem-no “por caminhos inteiramente diferentes” (FOUCAULT, 2002, p. 294).<sup>70</sup>

O corpo permaneceu alvo de constrições, mas sua disciplina foi remodelada pelo objetivo de gerenciamento populacional. Ou seja, os mecanismos disciplinares afinaram-se a um novo tipo de regulamentação que não perde “as massas” de vista. Desse modo, o corpo foi ressignificado como vetor de conexão entre indivíduo, população e economia.

Quando Foucault refere-se à biopolítica como “tomada da vida pelo poder”, não está a sugerir a possibilidade de existência de uma vida anterior (ou alheia) ao

---

<sup>70</sup> “[...] num caso, trata-se de uma tecnologia em que o corpo é individualizado como organismo dotado de capacidades e, no outro, de uma tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto” (FOUCAULT, 2002, p. 297).

poder. Refere-se à novidade e especificidade da biopolítica, consistente no fato de que o seu objeto primordial já não é o homem-corpo, mas a humanidade como espécie biológica. Nesse sentido, pois, uma “tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo”, ou “uma espécie de estatização do biológico” (FOUCAULT, 2002, p. 286).

Note-se que, à época de Descartes e até meados do século XVIII, a vida não existia como conceito. Foram necessárias outras rupturas epistemológicas para que emergisse a atenção quanto aos aspectos orgânicos da existência do homem (DIAS, 2012, p. 135). Nesse sentido, o conceito de biopoder expressa a peculiaridade desse modo de exercício de poder que adentra a esfera dos processos biológicos humanos.<sup>71</sup>

Não se trata de um poder estatal, propriamente dito. Mesmo porque, para Foucault, o poder não é passível de apropriação ou monopólio. Não se identifica com uma instituição ou uma estrutura, é algo que só existe em ato e em relação. Dinâmicas de poder espraiam-se por todo o campo social; poderes e resistências são exercidos a todo instante e por toda a parte. O poder seria, nessa leitura, “uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 1988, p. 103).

A governamentalidade biopolítica é referida por Foucault como um conjunto de “instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas” que viabilizam o exercício desse poder que tem a população por alvo, a economia política como principal forma de saber e os dispositivos de segurança como instrumento técnico essencial (FOUCAULT, 2008b, p. 143).

Sua tecnologia não é exatamente a disciplina do corpo, mas a regulamentação da vida. Não com vistas à promoção das “condições que tornam uma vida digna de ser vivida”, como almejaria Joaquín Herrera Flores (2009), mas do controle dos processos biológicos de uma população.

A governamentalidade moderna é regida por um princípio de regulação interna. Uma regulação de fato, e não de direito; mas, ainda assim, uma regulação

---

<sup>71</sup> “[...] biopoder, [...], a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana” (FOUCAULT, 2008b, p. 03).

geral, traçada sob princípios considerados universalmente válidos. Aquilo que se deve ou não fazer é determinado com base numa demarcação geral racional, e não uma regra imposta. Trata-se de obedecer aos princípios de limitação simplesmente porque, se assim não for, os objetivos de governo serão inalcançáveis (FOUCAULT, 2008a).

O que teria permitido a emergência e desenvolvimento desses princípios ou técnicas de limitação interna seria a economia política, uma espécie de reflexão sobre a organização, a distribuição e a limitação dos poderes numa sociedade (ROUSSEAU *apud* FOUCAULT, 2008a), um conhecimento engendrado no interior da razão governamental.

Seus objetivos seriam o enriquecimento do Estado, o estabelecimento do equilíbrio concorrencial e a tentativa de ajuste perfeito entre o bem-estar dos cidadãos, satisfação das necessidades materiais e conquista dos recursos que poderão preenchê-las.

Mas, o alcance desses propósitos dependeria de um despotismo absoluto da economia: “O despotismo é um governo econômico, mas que não é encerrado, que não é desenhado em suas fronteiras por nada além de uma economia que ele próprio definiu e ele próprio controla totalmente” (FOUCAULT, 2008a, p. 20). Assim, as práticas governamentais não são avaliadas sob a lógica da (i)legitimidade jurídica, mas dos seus efeitos econômicos.

A economia política passou a se fundamentar em certos fatos naturais, previsíveis e inteligíveis. Por exemplo, é *lei de natureza* que a população se desloca para os locais com salários mais altos. Onde se conclui que a prática governamental não poderá fazer o que tem que fazer senão levando em consideração e respeitando a ocorrência desses fatos naturais, contornando-os.

O desrespeito aos fatos naturais não caracteriza a ilegitimidade da ação, mas o seu fracasso. Substitui-se, pois, o binômio legitimidade/ilegitimidade operante no modelo da razão de Estado pelo binômio sucesso/fracasso que caracteriza a racionalidade utilitarista do modelo da limitação interna (FOUCAULT, 2008a).

Dessa maneira, estabelece-se uma coerência racionalizada, que, operando mediante mecanismos inteligíveis, liga essas diferentes práticas de governo e os efeitos dessas diferentes práticas uns aos outros. Então, o critério que permite julgar as práticas como boas ou ruins não é a moral, ou a lei, mas a demarcação do verdadeiro e do falso, e do eficiente e ineficiente.

Há a passagem para um novo regime de verdade, que tem o efeito de deslocamento das questões que a arte de governar pode suscitar. Com o Estado de polícia, a questão “Será que governo de acordo com as leis naturais, morais, divinas?” passou a ser “Será que governo suficientemente bem – em extensão, profundidade, especificidade – para levar o Estado ao seu máximo, ao seu dever-ser?”.

Já sob o olhar da economia política, a questão enfim tornou-se: “Será que governo suficientemente bem dentro desses parâmetros máximos mínimos que me são dados? Será que governo bem no limite entre o demais e o pouco demais?” (FOUCAULT, 2008a, p. 26-27).

Assim, em meados do século XVIII, desenvolveram-se mecanismos internos, numerosos e complexos que têm por função não tanto assegurar o crescimento do Estado, mas mais propriamente limitar o exercício do poder de governar de um ponto de vista interno.

Correlatamente, uma série de práticas pautadas num regime de verdade, formando um dispositivo de poder-saber que inscreve no real o que não existe e submete-o legitimamente à demarcação do verdadeiro e do falso (FOUCAULT, 2008a, p. 30).

O aparecimento dessa nova arte de governar entre o máximo e mínimo foi o “ponto de inflexão” da razão de Estado que marcou a entrada na chamada “era do governo frugal”. Uma das características desse processo consiste em que o mercado deixou de ser visto como espaço de jurisdição - no qual poderia ou deveria funcionar o critério da justiça distributiva - para se tornar um lugar de verificação.

Segundo a economia política, o mercado obedece a mecanismos naturais, guiados por tendências humanas imutáveis. Acredita-se que, se o mercado puder agir conforme a sua natureza, constituirá um padrão de verdade – metaforicamente chamado de “bom preço” ou “preço normal” - que deveria nortear as práticas governamentais.

Quando o direito público confrontou-se, no século XVIII, com a questão de como estabelecer limites jurídicos ao exercício do poder público, foram propostas duas vias de análise da questão. A via axiomática, ou jurídico-dedutiva, perscruta os direitos naturais universais para, a partir daí, pensar por que e em que condições uma limitação de direitos é aceitável e, com base nisso, estabelecer uma fronteira de competência do governo. A via da razão governamental, por outro lado, perquire

seus limites a partir do empirismo, de uma lógica utilitarista que estipula limites ao poder de governar em função dos próprios objetivos internos de governo.

Certamente há conexões e pontos de coexistência entre o sistema axiomático-jurídico e o sistema utilitário. Contudo, este se fortaleceu mais que aquele, e, por consequência, a questão da utilidade tornou-se central.<sup>72</sup>

Da junção entre o princípio de utilidade e a verificação do mercado, resulta o postulado segundo o qual o governo, em regra, não intervirá diretamente na esfera pessoal. Sua intervenção deve ser excepcional e só se legitima quando for necessária à preservação de interesses relevantes, do ponto de vista de uma massa global.

Por fim, tudo isso deve confluir com os equilíbrios internacionais. Para que a concorrência seja um jogo de enriquecimento recíproco, é necessário convocar um mercado cada vez mais extenso. Assim, o equilíbrio internacional e a “paz perpétua” de Kant passam a ser invocados não mais pela limitação das forças internas dos Estados que ameaçam os demais, mas por meio do apelo a um mercado ilimitado, com possibilidades de enriquecimento comum. Todavia, o processo de mundialização do mercado foi encabeçado pela Europa, ao passo que a América Latina foi o território para onde o mercado europeu veio a se expandir.

Considera-se, pois, que as três características básicas do liberalismo europeu oitocentista seriam a verificação do mercado; a limitação pelo cálculo da utilidade governamental; e o protagonismo europeu no desenvolvimento econômico ilimitado em um mercado mundial (FOUCAULT, 2008a).

Um bom governo liberal seria pautado em cálculos econômicos que respeitam os mecanismos espontâneos do mercado. Nessa perspectiva, o que caracteriza o liberalismo não é o fato de ser este um tipo de governo mais flexível ou tolerante que os anteriores, e sim o fato de ser uma governamentalidade consumidora de liberdades.

O liberalismo se ocupa de gerir liberdades; de criar e organizar as condições graças às quais, segundo afirma, um cidadão pode ser livre. A liberdade não é um

---

<sup>72</sup> “[...] é esse problema da utilidade, da utilidade individual e coletiva, da utilidade de cada um e de todos, da utilidade dos indivíduos e da utilidade geral, é esse problema que vai ser finalmente o grande critério de elaboração dos limites do poder público e de formação de um direito público e de um direito administrativo”. (FOUCAULT, 2008a, p. 60)

espaço pré-constituído, mas algo fabricado a todo instante, enquanto seja possível arcar com os custos econômicos envolvidos direta e indiretamente nessa criação.

A fabricação de liberdades é limitada pelo princípio da segurança. De maneira tal que, ao mesmo tempo em que se promete o resguardo de todos os interesses individuais que não representem uma ameaça ao interesse público, também se cultiva uma cultura de perigo (FOUCAULT, 2008b).

Nessa toada, Foucault considera que outras três características do liberalismo seriam a implantação de uma cultura do perigo; a extensão dos procedimentos de controle, pressão e coerção que surgem como contrapesos das liberdades; e o aparecimento de mecanismos que tem por função insuflar as liberdades.

A regulação individual e coletiva dos corpos se dá por mecanismos jurídicos, disciplinares e dispositivos de segurança. Estes últimos, típicos da biopolítica, operam sob a racionalidade dos custos e benefícios, os quais são projetados com base em saberes científicos e cálculos pragmáticos (FOUCAULT, 2008b).

Os *dados* da realidade são o ponto de partida da gestão biopolítica. Busca-se conhecer não só os indivíduos, mas a população: suas taxas de natalidade e mortalidade, doenças mais comuns, índices de morbimortalidade perinatal, etc. Com base nisso, fazem-se cálculos e traçam-se metas – a exemplo do objetivo de redução das cesáreas ao patamar de 10 a 15%.

Despendem-se recursos na coleta, análise e monitoramento desse conjunto de informações, pois elas são preciosas para a tomada de decisões políticas quanto às prioridades na alocação de recursos.

Diferentemente de uma sociedade disciplinar setecentista que almejasse um estado de perfeição, a biopolítica compreende uma série de fatos ou condutas como problemas inevitáveis. Não sendo possível erradicá-los, buscam-se as melhores estratégias para administrá-los.

Não se tem a pretensão de fazer com que todos os acontecimentos sejam regulados e conformados ao máximo, mas apenas o suficiente para que, em termos globais, mantenham-se em níveis considerados aceitáveis.

Não se trata de disciplinar o indivíduo em detalhes, mas agir de maneira a propiciar estados globais de equilíbrio, de garantir a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos (FOUCAULT, 2002, p. 294 e 297).



O *laissez-faire* da biopolítica consiste em reconhecer que há coisas que é preciso “deixar estar” a fim de que outros benefícios sejam possíveis: “Deixar os preços subirem, deixar a escassez se estabelecer, deixar as pessoas passarem fome, para não deixar que certa coisa se faça, a saber, instalar-se o flagelo geral da escassez alimentar” (FOUCAULT, 2008b, p. 59).

As decisões políticas pautam-se num cálculo de eficiência, na busca pelas maneiras de intervenção na realidade, de constante redirecionamento de cadeias de causalidades e efeitos.<sup>73</sup>

Nessa toada, o sexo, componente da vida humana, tornou-se alvo do biopoder não como algo que merecesse ser simplesmente reprimido ou contido. Mas, contabilizado e classificado, administrado e regulado por meio de discursos úteis e públicos (FOUCAULT, 1988, p. 31).

Penelope Deutscher (2017) argumenta que, ao rechaçar a hipótese repressiva da sexualidade, Foucault também rejeitou a suposição de que a procriação seja o critério último da repressão sexual. Ou seja, o dispositivo da sexualidade não se resume a desmotivar ou reprimir sexualidades não procriadoras com vistas à manutenção de uma sociedade ancorada na família heteronormativa.

A explosão discursiva sobre o sexo teria provocado um movimento centrífugo em relação à monogamia heterossexual. A família heteronormativa permaneceu como referência normativa das práticas sexuais, mas passou-se a falar menos dessa sexualidade desejável. Em contrapartida, houve uma proliferação de discursos sobre as sexualidades consideradas “anormais” ou perigosas (FOUCAULT, 1988).

Foucault ressalta a ambigüidade dessa virada das atenções às sexualidades periféricas. Ao mesmo tempo em que se instalou maior indulgência no campo das normas jurídicas - de modo que a severidade quanto aos delitos sexuais foi-se atenuando -, houve o recrudescimento dos mecanismos pedagógicos e terapêuticos de vigilância. À vista disso, Foucault não se ocupa de medir a repressividade do poder, mas busca compreender de que maneiras o biopoder capturou o sexo.

---

<sup>73</sup> “[...] a segurança tem essencialmente por função responder a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que ela responde – anule, ou limite, ou freie, ou regule. Essa regulação no elemento da realidade é que é, creio eu, fundamental nos dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2008, p. 61).

Na parte final do primeiro volume de História da Sexualidade, a procriação é abordada por Foucault sob a perspectiva da compreensão e administração das tendências e padrões de uma população. Essa seria a hipótese biopolítica da sexualidade e da reprodução: mais que disciplinar os indivíduos para que correspondam a um padrão social, o biopoder lida com conjuntos de fenômenos, com sua classificação e administração. E, comumente, atua pela mobilização de desejos e interesses (DEUTSCHER, 2017). Um poder que não opera fundamentalmente por meio do direito; mas da técnica, da normalização e do controle (FOUCAULT, 1988, p. 100).

A reprodução, a família e a educação infantil são temas inseridos no escopo analítico de Foucault, mas Deutscher avalia que este autor não se debruçou pormenorizadamente sobre as especificidades da biopolítica reprodutiva, e deu pouca atenção à questão da diferença sexual.

Diante disso, Deutscher revisitou alguns instrumentos conceituais foucaultianos, ao lado de outras reflexões colhidas de Derrida, Lee Edelman, Esposito, Agamben e Judith Butler, com o objetivo de *reavaliar* o papel da procriação no pensamento de Foucault, especialmente no que se refere à sua proximidade com as noções de risco, mortalidade e morte.

A procriação é um aspecto crucial do projeto biopolítico de maximização da vida. Mas, Deutscher se pergunta: maximização de que vida? E, quais formas de subjetividade estão acopladas a essas vidas?

Foucault reconheceu que poderes de morte caminham junto com a biopolítica, como contrapartida ou subproduto da perseguição da vida. Noutros termos, a biopolítica, como poder de fazer viver ou deixar morrer, é composta por poderes de vida e de morte. Diante disso, questiona-se: a biopolítica reprodutiva não comportaria uma espécie de tanatopolítica ou necropolítica? Qual é a faceta mortífera da reprodução? (DEUTSCHER, 2017, p. 64).

Ao reler o primeiro volume da História da Sexualidade sob o prisma dessas questões, Deutscher argumenta que a biopolítica reprodutiva produz a compreensão dos sujeitos femininos como portadores da capacidade de propagar a morte - para futuros, raças, populações e nações (DEUTSCHER, 2017, p. 65).

As mulheres desviantes são potencialmente perigosas para a vida biológica do feto/nascituro/criança, ou para a criação de um bom cidadão. A feminilidade não foi associada apenas à gestação e parturição de bebês, mas também aos cuidados

necessários para a preservação dessa vida e para a educação dos sujeitos do futuro. Assim, as mulheres seriam especialmente responsáveis pela vitalidade biológica e moral da humanidade.

A preocupação com o bem-estar individual das crianças torna-se correlata à preocupação com a saúde coletiva das crianças e da população (DEUTSCHER, 2017, p. 66). A mulher histórica delineada por Foucault não é exatamente um objeto de repressão, mas uma figura interpelada por interesses, interpretações, identidades, identificações, auto-identificações e problematizações (DEUTSCHER, 2017, p. 66).

O dispositivo da sexualidade corresponde a formações complexas e instáveis de “forças”. E, essas formações não são compreendidas como poderes atuantes sobre identidades, pois estas seriam efeitos daqueles; inexistente subjetividade anterior ou alheia ao poder.

A sexualidade seria uma interseção entre corpo e população, em vez de uma identidade. O objetivo, portanto, deve ser inquirir como essas identidades se formam nessas interseções entre corpos e populações (DEUTSCHER, p. 67).

O sexo procriador é um dos pontos cruciais de conexão entre “o organismo e a população”. Precisamente porque o sexo *também* tem efeitos procriadores, nele articulam-se subjetividade e população (FOUCAULT, 2002).

Observou-se que, nas passagens em que Foucault relaciona o dispositivo da sexualidade com regimes de verdade, conhecimentos técnicos e administração biopolítica, é possível substituir o termo “sexo” por “sexo procriador”, mais especificamente (DEUTSCHER, 2017, p. 76-77).

Reconhece-se que a maioria das menções de Foucault ao sexo não trata do sexo procriador, mas se considera importante atinar que, nos pontos mais sensíveis de articulação entre sexo e biopolítica, essa relação é pautada nos objetivos de administrar a reprodução e de fazer com que a taxa de natalidade se mantenha num patamar saudável ou ótimo. Isto é, quando sexo e biopolítica se interseccionam e se ligam à regulação da vida, ambos são considerados por Foucault sob o aspecto da reprodução (DEUTSCHER, 2017, p. 77).

Posto isso, Deutscher intenta refletir sobre a especificidade do papel materno na esfera familiar. Segundo a autora, a responsabilidade biopolítica inclui o dever materno, o qual seria uma forma de responsabilidade acoplada a um sujeito

sexuado (DEUTSCHER, 2017, p. 80). E, a divisão sexual da parentalidade pautou-se nas capacidades reprodutivas de gestar, parir e amamentar.

As mulheres vieram a ser consideradas como agentes que exercem escolhas reprodutivas, ao mesmo tempo em que se tornaram guardiãs da saúde de nações, populações, povos e futuros de múltiplas maneiras associadas a normas de conduta responsável (DEUTSCHER, 2017, p. 81).

Atente-se, porém, que essa afirmação não deve se tornar um princípio de simplificação. As formas e efeitos dessas associações entre a reprodução feminina e normas de conduta responsáveis são incalculáveis, como um todo. Elas só podem ser identificadas à medida que se averiguam os instrumentos e objetivos em jogo num determinado contexto.

Ainda assim, Deutscher se propõe a navegar esse terreno incerto, a fim de explicitar justamente a ambigüidade da(s) subjetividade(s) materna(s). A autora observa que, em diversas ocasiões, Foucault desconsidera a diferença sexual ao tratar do exercício da parentalidade, ignorando até mesmo algumas marcas de gênero que já constavam nas fontes utilizadas pelo filósofo.

Mas, compreende que, nas passagens em que Foucault explicitou a especificidade da situação das mulheres em relação ao biopoder, ressaltou a especial proximidade dos corpos femininos com as tecnologias disciplinares fundamentadas no saber médico.

Na família, o pai seria individualizado pelo modelo do poder soberano, enquanto a mãe seria individualizada pelo modelo disciplinar – e responsável pela transmissão da disciplina às crianças. As boas mães seriam, portanto, aquelas que permitem o bom funcionamento dessa cadeia disciplinar (DEUTSCHER, 2017, p. 85).

Deutscher argumenta, contudo, que conforme se tenta precisar a diferença sexual onde Foucault não o fez, a maternidade torna-se emaranhada numa complexa rede de técnicas de poder coincidentes e inconsistentes.

Foucault comenta que a autoridade parental veio a se subordinar à autoridade dos especialistas. E, embora o autor não o tenha observado, esse fenômeno também *pode* conferir à mãe maior autoridade na esfera familiar, em sua condição de aliada à *expertise* médica (DEUTSCHER, 2017, p. 85).

Essa possibilidade não exclui ou reduz a concomitante subordinação da mulher em outros sentidos. Não anula os efeitos patriarcais, legais e tradicionais de sua subjetivação como mulher e mãe (DEUTSCHER, 2017, p. 85).

Coerentemente com a maneira não linear como Foucault pensou os mecanismos de poder, compreende-se a maternidade (e também a família) como lugar de coincidência de poderes múltiplos que podem ser disjuntivos e contraditórios e, ao mesmo tempo, complementares. Poderes complementares e *também* divergentes (DEUTSCHER, 2017, p. 88):

Just one of the many conclusions to be drawn from Foucault's explosion of images (I have suggested these to be grouped as the images of "penetration") would be a very obvious point: **we can't stabilize the mother as one thing or as belonging to one mode (one role, one technique, one vector):** her role is a remnant of a sovereign mode, she is both object and subject of pastoral and panoptimized modes of examination, of scrutiny and self-scrutiny for conduct, of normative individuation, of "birthrate" and responsibility for birthrate. She belongs to a milieu on which governmentality might hope to act. She belongs to the techniques of security that aim at the regulation of the uncertain, or at the disturbing trends in reproduction, and she belongs to the conduct of family investment and self-investment. **She is the coincidence of multiple modes. She is, among other things, a multiplicity of techniques, operations, individualizations, statistics, trends, risk factors, forms of human capital** (DEUTSCHER, 2017, p. 90, grifos nossos).<sup>74</sup>

Ela é, simultaneamente, subordinada ao marido; examinada assim como ele; subordinada à autoridade do saber técnico; e também figura de autoridade na qualidade de transmissora do saber técnico no âmbito familiar. É vetor de sobreposição de normalizações voltadas tanto à criança quanto à conduta maternal, ligando disciplina, individuação e diferenciação ao interesse da governamentalidade nas tendências e fatores de risco da população. Ao mesmo tempo em que, em algumas compreensões neoliberais, ela é um agente que toma decisões autônomas a respeito da reprodução (DEUTSCHER, 2017, p. 94).

---

<sup>74</sup> "Apenas uma das muitas conclusões a serem extraídas da explosão de imagens de Foucault (sugeri que estas fossem agrupadas como imagens de "penetração") seria um ponto muito óbvio: não podemos estabilizar a mãe como uma única coisa ou como pertencendo a um único modo (um papel, uma técnica, um vetor): seu papel é remanescente de um modelo soberano, ela é sujeito e objeto de modos de exame pastorais e panópticos, de escrutínio alheio e autocuidado sobre a conduta, de individuação normativa, da "taxa de natalidade" e da responsabilidade pela taxa de natalidade. Ela pertence a um âmbito sobre o qual a governamentalidade possivelmente espera agir. Ela pertence às técnicas de segurança que visam a regulação do incerto, ou das tendências perturbadoras da reprodução, e ela pertence à condução do investimento familiar e do investimento próprio. Ela é a coincidência de vários modos. Ela é, entre outras coisas, uma multiplicidade de técnicas, operações, individualizações, estatísticas, tendências, fatores de risco, formas de capital humano" (DEUTSCHER, 2017, p. 90, tradução livre).

Tanto as mães como as crianças podem ser posicionadas de múltiplas maneiras: como sementes do futuro, portadores de direitos individuais, entidades vulneráveis ou então potencialmente danosas – para indivíduos ou coletividades (DEUTSCHER, 2010, p. 94).

Deustcher concentra-se na caracterização das mães como ameaças para construir uma hipótese tanatopolítica da reprodução. Retoma o conceito foucaultiano do biopoder como um poder de vida e de morte para, então, buscar compreender de que maneiras os poderes de morte são mobilizados em nome da qualidade de vida de uma população ou do fortalecimento de uma nação (DEUTSCHER, 2017, p. 96).

A mãe negligente é uma das facetas da maternidade que mobiliza os poderes de morte da biopolítica. Por exemplo, mencione-se a decisão de movimentos filatropicos franceses que, no século XVIII, calculavam a distribuição de recursos assistenciais.

Além de se ter decidido priorizar as crianças e mulheres, em detrimento dos idosos, também se condicionou o atendimento às mães que aceitassem amamentar, ao invés de “abandonar” seus filhos à ama de leite – prática que era considerada associada a taxas mais altas de mortalidade infantil (DONZELOT *apud* DEUTSCHER, 2017, p. 96). Ao comentar referido exemplo, Deutscher arremata:

[these] **negligent mothers** [...] redoubled negative effects for the individual and the collective, the short and the long term. In its figures of harm, a biopolitical governmentality includes this proliferation of **thanatopolitical imaginaries and identities** (DEUTSCHER, 2017, p. 96, grifos nossos).<sup>75</sup>

Isto é, tanto a perversão sexual como a maternidade vieram a ser associadas com a possibilidade de dano biopolítico (*biopolitical harm*). Esse fenômeno constrói a figura da mãe negligente e legitima uma série de estímulos à criação de novos tipos de vulnerabilidade que se associaram a um espectro de medição da capacidade materna de causar a morte (DEUTSCHER, 2017, p. 97).

Pode-se mencionar, por exemplo, o imaginário (que se inscreve no real) da incapacidade das mulheres com deficiência mental ou intelectual de proverem os cuidados adequados a seus filhos.

---

<sup>75</sup> “[Estas] mães negligentes [...] redobram os efeitos negativos para o indivíduo e o coletivo, o curto e o longo prazo. Em suas figuras de dano, uma governamentalidade biopolítica inclui essa proliferação de imaginários e identidades tanatopolíticos (DEUTSCHER, 2017, p. 96, tradução livre).

Para Deutscher, a atribuição de condutas reputadas irresponsáveis ou “anti-vida” (*antilife*) a algumas mulheres tornou-se o fator de justificação dos danos aos quais essas mulheres são submetidas (DEUTSCHER, 2017, p. 98).

Nessa toada, as mulheres seriam agentes da simultaneidade vida e morte (“*agents of simultaneous life and death*”), e as capacidades procriadoras do corpo feminino seriam locais de investimento biopolítico e tanatopolítico (DEUTSCHER, 2017, p. 101).

No espaço aberto entre os projetos de Foucault e Judith Butler, a tese de Deutscher culmina na vida do feto, com o objetivo de se refletir sobre a contingência da vida sob a perspectiva de “sujeitos compreendidos como ineditamente responsáveis por formações contingentes de vida: a produção conjunta de novas formas de sujeitos éticos” (DEUTSCHER, 2017, p. 146, *tradução livre*).<sup>76</sup>

Embora a biopolítica não tenha sido um conceito central na obra de Butler, Deutscher considera que seu trabalho é mais afinado com a perspectiva foucaultiana da biopolítica do que poderia parecer numa primeira leitura (DEUTSCHER, 2017, p. 148).

Já em Problemas de Gênero (1. ed. 1990) encontram-se os primórdios daquilo que Butler posteriormente aprofundaria sob os termos “precariedade” e “vida precária” (DEUTSCHER, 2017, p. 148).

Butler não compreende o gênero como identidade, mas tanto o sexo quanto o gênero como atos normativos que se materializam por meio de processos performativos cuja inteligibilidade é orientada pelo marco regulatório da heterossexualidade compulsória, ou seja, uma diretriz de coerência entre sexo, gênero, corpo e desejo (BUTLER, 2003). A heteronormatividade seria uma espécie de “ideal regulatório” (FOUCAULT *apud* BUTLER, 2000, p. 153) que condiciona o aparecimento de todos os corpos e subjetividades.

A norma não pode ser plenamente incorporada por um sujeito, até mesmo porque ela não é um conteúdo unívoco, mas uma moldura (*framework*) que precisa ser flexível para permanecer operante (BUTLER, 2000). A iterabilidade do gênero

---

<sup>76</sup> Original: “[...] subjects understood as newly responsible for contingent formations of life: the conjoined making of new forms of ethical subjects” (DEUTSCHER, 2017, p. 146).

está sempre aberta a resultados imprevisíveis e transformadores, mas isso não ocorre desoneradamente.<sup>77</sup>

Os trabalhos mais recentes de Butler extrapolam o gênero e buscam pensar de maneira mais ampla sobre os processos de normalização e subjetivação que fazem com que algumas vidas importem e outras sejam relegadas.

Segundo comenta Elvira Burgos Diaz (2012), Butler compreende o poder como um exercício de produção diferencial de efeitos ontológicos. Esse processo funda hierarquias pelas quais uns corpos são dotados de plena entidade ontológica e outros são concebidos como derivações de algum modo defeituosas, como corpos abjetos que existem “*en las fronteras externas de lo humano en sí; en una zona ontológica borrosa e incierta*” (DIAZ, 2012, p. 206).

Somos atravessados por normas, políticas e relações que manejam vulnerabilidades de formas injustas e desiguais, de modo que algumas vidas podem prosperar e outras são entravadas e marginalizadas (DIAZ, 2012, p. 210-211). Na síntese de Butler,

O “ser” do corpo ao qual essa ontologia se refere é um ser que está sempre entregue a outros, a normas, a organizações sociais e políticas que se desenvolveram historicamente a fim de maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros (BUTLER, 2016, p. 15).

Em Quadros de Guerra (1. ed. 2009), Butler analisa “modos culturais de regular as disposições afetivas e éticas por meio de um enquadramento seletivo e diferenciado da violência” (BUTLER, 2016, p. 13). Ela pontua que essa investigação provém de um pensamento articulado em *Precarious Life* (1. ed. 2004), onde havia sugerido que uma vida só pode ser considerada passível de luto se for antes considerada uma vida, “no sentido pleno da palavra”.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> “[...] Butler does not minimize the fact that gender illegibility may be unliveable or deadly. [...]. Some are produced as belonging (by virtue of legal inequality, lesser social resources, misrecognition, social or political disinterest, exposure to prejudice and violence) to categories exposing them to harm or death.” (DEUTSCHER, 2017, p. 148-149).

“[...] Butler não minimiza o fato de que a ilegibilidade de gênero pode ser um modo de vida inviável ou mortal. [...]. Alguns são produzidos como pertencentes (em virtude de desigualdade legal, menores recursos sociais, falta de reconhecimento, desinteresse social ou político, exposição ao preconceito e violência) a categorias que os expõem a danos ou morte.” (DEUTSCHER, 2017, p. 148-149, tradução livre).

<sup>78</sup> Butler argumenta: “Se certas vidas não são qualificadas como vidas ou se, desde o começo, não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras” (BUTLER, 2016, p. 13).



Assim, a filósofa perscruta as condições epistemológicas que estabelecem as “grades” ou “molduras” de inteligibilidade de uma vida, e os mecanismos específicos de poder por meio dos quais a vida é produzida (BUTLER, 2016, p. 14).

Relendo Butler sob o ponto de vista da biopolítica reprodutiva, Deutscher argumenta que as mulheres (especialmente quando grávidas, poderíamos acrescentar) estão posicionadas numa condição de precariedade redobrada: além de sua precariedade de gênero, há uma precariedade reprodutiva consistente no fato de serem consideradas responsáveis pela vida dos fetos, os quais simbolizam não só a vida de um indivíduo, mas também o futuro de uma população.

As mulheres vieram ser agentes biopolíticos da vida e, em contrapartida, representam também potenciais impedimentos a essa vida.<sup>79</sup>

### 3.2 BIOPOLÍTICA REPRODUTIVA, MEDICALIZAÇÃO E PARTO.

A Medicina é um saber-poder privilegiado na regulação da realidade, pois se legitimou como instância crucial para a redução do humano ao seu aspecto biológico e para a delimitação das fronteiras entre a natureza inalterável e a natureza manipulável do humano.

A expansão do conhecimento médico sobre o corpo biológico é considerada um fator diretamente ligado à ampliação das possibilidades de preservação da vida e de maximização do bem-estar humano, ou redução dos sofrimentos inescapáveis.

Nessa empreitada pela otimização da vida humana, a Medicina abrangeu tanto os âmbitos da doença e da anormalidade como dos processos naturais da vida, ou melhor, das “formas gerais do comportamento humano” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Tornou-se fonte reguladora de um número cada vez maior de processos biológicos individuais, e também da regulação desses processos do ponto de vista populacional. Houve, pois, o que se pode chamar de medicalização da vida (FOUCAULT, 2002, p. 291).

---

<sup>79</sup> “*The very association of reproduction with threat to “future” life has stimulated new forms of women’s precariousness and precarity, vulnerability, illegality, and sometimes literal death to which they are exposed by legal and extralegal regimes of biopoliticized reproduction*” (DEUTSCHER, 2017, p. 153).

“A própria associação entre reprodução e ameaça à vida ‘futura’ estimulou novas formas de precariedade, vulnerabilidade, ilegalidade e, por vezes, literalmente morte, às quais elas são expostas por regimes legais e extraleais de reprodução biopolítica” (DEUTSCHER, 2017, p. 153, tradução livre).

Foucault utilizou apenas pontualmente o termo “medicalização”, ou seja, não se trata de um conceito próprio de sua obra. Ainda assim, parece viável cogitar uma aproximação entre o conceito de biopolítica reprodutiva delineado na seção anterior e o conceito de medicalização - da saúde, dos corpos femininos e do parto.

Arriscar essa aproximação é pertinente porque a noção de medicalização tem circulado nos discursos brasileiros sobre violência obstétrica e humanização do parto. Portanto, esboçar tal encontro significa arriscar um meio de diálogo entre a perspectiva foucaultiana e tais discursos. E, ao cabo, acredita-se que esse trajeto pode ser útil para revelar algumas inconsistências nas maneiras como se tem articulado críticas ao paradigma tecnocrático do parto.

“Medicalização” é um termo que se consolidou nos estudos de sociologia da saúde com o sentido de crítica à “crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22).

Nas décadas de 1960 e 1970, o conceito foi utilizado em discursos marxistas, bem como liberais humanistas. Deborah Lupton (1997) agrega ambas vertentes sob a denominação de “crítica ortodoxa da medicalização” (LUPTON, 1997, p. 95).<sup>80</sup>

A despeito de sua diversidade, as críticas ortodoxas da medicalização teriam em comum o fato de questionarem o papel social dos médicos como profissionais detentores de poder e *status* (LUPTON, 1997, p. 95).

Nesse sentido, uma das críticas mais contundentes foi elaborada por Ivan Illich (1975), para quem a expansão da supervisão médica sobre todos os aspectos da vida constituiria uma espécie de imperialismo. Empregando o termo “iatrogênese”, o autor argumentou que a Medicina institucionalizada, a pretexto de promover a saúde, estaria na verdade causando ou agravando doenças, e também cerceando a autonomia dos indivíduos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; LUPTON, 1997).

Illich identificou três níveis de efeitos iatrogênicos da Medicina: clínicos, sociais e estruturais ou culturais. No âmbito clínico, tem-se que a postura excessivamente interventiva da Medicina pode ser responsável pela degradação do estado de saúde do paciente, em vez de sua melhoria.

---

<sup>80</sup> Original: “*Orthodox medicalisation critique*” (LUPTON, 1997).

Apontam-se diversos problemas, como interesses mercadológicos e corporativistas que induzem pacientes a aceitar graves efeitos colaterais de medicamentos e procedimentos; descaso quanto aos traumas emocionais e psicológicos produzidos pelo padrão hegemônico de atendimento médico; e incompetência e negligência dos profissionais de saúde (ILLICH, 1975 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Porém, mais grave seria a iatrogênese social, correspondente à produção de dependência da população em relação à Medicina. De modo geral, pacientes seriam pessoas passivas e vulneráveis, dependentes da autoridade médica de múltiplas formas. E isso contribuiria para que, no plano estrutural ou cultural, o sofrimento humano viesse a ser abordado como um problema de ordem técnica, sujeito aos cuidados heterônomos dos médicos (ILLICH, 1975 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Paula Gaudenzi e Francisco Ortega (2012) avaliam que a crítica de Ivan Illich pode ser compatibilizada com a perspectiva foucaultiana da medicalização, à medida que tais autores compartilham o propósito de evidenciar as maneiras pelas quais a autoridade (ou saber-poder) da Medicina serviu ao fortalecimento da “ordem dominante, segregando e patologizando o desobediente” (NYE, 2003 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Na visão desses autores, o ponto em que Illich e Foucault se distinguem consistiria na “ênfase que cada um oferece ao papel do indivíduo diante do exercício deste poder” medicalizante (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 28).

Illich centrou-se nos efeitos macrossociais da medicalização, ao passo que Foucault abordou esse processo sob a perspectiva do biopoder como foco de produção de subjetividades e resistências. Compreende-se, pois, que “Foucault aborda o processo de medicalização em uma perspectiva distinta mas não intencionalmente diferente daquela de Illich” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 28).

Enquanto Gaudenzi e Ortega (2012) buscaram possibilidades de contato entre Illich e Foucault, imbuídos do propósito de congregar ambas as teorias para refletir sobre a hipótese de recusa do diagnóstico médico, Deborah Lupton (1997) ressaltou a especificidade do viés foucaultiano, contrapondo-o à vertente ortodoxa na qual considera que Illich estaria incluído.

As denominadas críticas ortodoxas da medicalização pautam-se na noção de que os indivíduos não deveriam ser cerceados em sua autonomia por uma

autoridade médica que se apodera da vida. Assim, o termo medicalização reveste-se de um tom pejorativo para veicular a proposta de algum grau de “desmedicalização” (LUPTON, 1997, p. 96).

Frequentemente, isso recai no anseio por maior controle estatal sobre a atuação médica e na proposta de “empoderamento” dos pacientes. Sugere-se que eles poderiam retomar o controle de suas próprias vidas mediante engajamento com atividades preventivas, como boa alimentação e prática de exercícios físicos; assunção de seus papéis de consumidores capazes de questionar e contrargumentar as orientações médicas; constituição de associações para defesa de seus direitos; e adoção de práticas alternativas de cuidados com a saúde (LUPTON, 1997, p. 97).

Segundo a autora, a crítica à medicalização predominou no campo da sociologia da saúde nas décadas de 1970 e 1980 e, posteriormente, permaneceu viva em diversas vertentes, como feministas, marxistas e proponentes de uma abordagem consumerista perante a Medicina. Ela reconhece que essas críticas foram fundamentais para lançar novas reflexões sobre o papel social da Medicina, mas pontua que suas perspectivas de abordagem também merecem ser criticadas (LUPTON, 1997, p. 97).

Uma das maiores dificuldades de se lidar com tais visões consistiria no fato de elas apresentarem um retrato demasiadamente polarizado (ou, em “preto e branco”, nas palavras de Lupton) das relações entre médico e paciente. Com isso, perde-se a oportunidade de explorar diversas nuances, como, por exemplo, as ambigüidades nas percepções que muitos pacientes concretos podem ter em relação à Medicina, ou mesmo aceitação plena de sua autoridade (LUPTON, 1997, p. 98).

A sustentação do poder médico depende da cumplicidade dos indivíduos, e isso dificilmente se constrói sem resistências e conflitos. Mas, essas complexidades deixam de receber a devida atenção quando o tema é abordado apenas sob as lentes da dominação do médico sobre o paciente (LUPTON, 1997, p. 98).

Nesse tocante, considera-se importante atentar para a potencialidade incitativa do biopoder e para o aspecto da participação do conhecimento médico na constituição dos corpos e subjetividades. Para Foucault, é justamente a capacidade produtiva e incitativa do biopoder o que faz com que ele seja aceito e, portanto, capaz de circular (LUPTON, 1997, p. 98).

Para Lupton, um dos traços distintivos mais importantes de Foucault consiste em sua percepção quanto à inexistência de um corpo ou de um sujeito que possa ser (re)encontrado fora dos discursos e práticas médicos.

O poder disciplinar da Medicina reside em sua capacidade de orientar as formas como os pacientes experimentam, compreendem e regulam suas experiências com os próprios corpos. As estratégias disciplinares consistem principalmente em examinar, medir e comparar indivíduos com determinados padrões. Assim, esses padrões exercem uma função normativa (LUPTON, 1997).

Nessa perspectiva, os médicos não seriam detentores de poder, mas canais privilegiados para a circulação de forças normalizadoras. Seria impossível retirar poder(s) do médico para transmiti-lo(s) ao paciente, porque o poder não é algo que se possui e tampouco algo que se exerce unilateral ou verticalmente (LUPTON, 1997).

As críticas ortodoxas da medicalização tendem a “planificar” excessivamente o poder médico, caracterizando esses profissionais ou as instituições a que se vinculam como uma corporação gananciosa e manipuladora. Sob lentes foucaultianas, porém, eventuais críticas à Medicina hegemônica não devem ser confundidas com a suposição de homogeneidade da Medicina: *“there is not a single medicine but a series of loosely linked assemblages, each with different rationalities* (OSBORNE, 1994 *apud* LUPTON, 1997).<sup>81</sup>

Reconhecer isso não implica suavizar ou menosprezar os chamados “efeitos iatrogênicos” da Medicina, tampouco legitimar seus contornos atuais com base no argumento da cumplicidade necessária à circulação eficaz do poder médico. Lupton argumenta que, ao revés, uma compreensão foucaultiana pode sustentar críticas incisivas à medicalização.<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> “não existe uma única medicina, mas uma série de associações fracamente interligadas, cada uma com racionalidades diferentes (OSBORNE, 1994 *apud* LUPTON, 1997, tradução livre).

<sup>82</sup> “[...] while they may not use the term ‘medicalisation’, one of their central contentions is that society is medicalised in a profound way, serving to monitor and administer the bodies of citizens in an effort to regulate and maintain social order as well as promoting good health and productivity” (LUPTON, 1997, p. 100).

“[...] embora não usem o termo ‘medicalização’, uma de suas principais alegações é que a sociedade é medicalizada de maneira profunda, e que isso serviria para monitorar e administrar os corpos dos cidadãos em um esforço para regular e manter ordem social, bem como promover boa saúde e produtividade” (LUPTON, 1997, p. 100, tradução livre).

Em outra ocasião, Lupton (1999) transpôs essas reflexões a um estudo do papel exercido pelo discurso do risco na construção dos corpos grávidos e das subjetivações que lhes atravessam: a mãe e o nascituro.

De partida, a autora evidencia a importância do recorte de gênero nas pesquisas sobre o corpo. Afirmar que seria senso comum na sociologia, antropologia e filosofia afirmar que o indivíduo só toma consciência de seu corpo quando é interpelado por necessidades biológicas, como dor, fome, sono ou desejo sexual.

Todavia, como diversas teóricas feministas argumentaram, a feminilidade é socialmente mais atrelada ao corpo que a masculinidade. Assim, desde cedo as mulheres aprendem a não ignorar seus corpos; elas devem estar constantemente atentas às suas maneiras de falar, sentar, olhar e vestir.

O corpo feminino é alvo de maneiras específicas de vigilância e controle, os quais são exercidos em parte pelo próprio sujeito e, em parte, pelos outros. Nesse contexto, muitas mulheres encontram dificuldade em esquecer seus corpos mesmo quando ele está aparentemente silencioso (LUPTON, 1999).

O escrutínio do corpo feminino é ainda mais intenso durante a gravidez. Num movimento de algum modo similar ao realizado por Deutscher (2017), Lupton explora as ambigüidades da corporeidade grávida e poderíamos dizer que, ao atribuir destaque ao discurso do risco, ela também dá visibilidade aos aspectos “mortíferos”, por assim dizer, da biopolítica reprodutiva.

A normalização é um aparato biopolítico escorado em análises estatísticas de populações e subpopulações. Dessas análises, resultam padrões de normalidade que exercem função normativa.

As orientações médicas são discursos que visam engajar o indivíduo em condutas supostamente aptas a aproximá-lo do padrão esperado para o seu caso. E, o discurso do risco é um ponto de apoio fundamental para a eficácia desse propósito: “[...] *to be designed ‘at high risk’ compared with others is to be singled out as requiring expert advice, surveillance and self-regulation*” (LUPTON, 1999, p. 61).<sup>83</sup>

Em sua tentativa de estabelecer limites para as práticas médicas, a bioética frequentemente invoca a autonomia do paciente sob uma compreensão do indivíduo como ente racional, capaz de compreender as informações transmitidas pelos

---

<sup>83</sup> “[...] ser rotulado ‘em alto risco’ comparativamente a outros significa ser destacado como alguém que demanda conselho especializado, vigilância e auto-regulação” (LUPTON, 1999, p. 61, tradução livre).

médicos, sopesar todos os riscos imparcialmente advertidos e tomar a decisão que melhor satisfaça seus interesses pessoais.

Mas, a subjetividade resguardada pela bioética não condiz precisamente com a intersubjetividade mãe-nascituro, especialmente no momento em que elas se interseccionam na corporeidade grávida. A grávida não tem apenas a auto-responsabilidade de cuidar da própria saúde, sua responsabilidade é redobrada pelo dever de cuidado com o feto.

Retomando o célebre escrito de Petchesky (1994) acerca dos impactos da tecnologia de ultrassom nesse processo, Lupton relembra que o processo de subjetivação do feto tem o efeito de constituí-lo como um ente externo em relação à sua mãe, de investi-lo com uma individualidade própria (LUPTON, 1999, p. 62).

Desse modo, também os outros - profissionais de saúde, familiares e a sociedade, de modo geral – preocupam-se com o feto como se, desde o útero, já fosse um ser independente da mulher que o gesta (LUPTON, 1999, p. 62).

Esses mecanismos de vigilância e regulação operam sob a justificativa de resguardar a saúde e o bem-estar do nascituro. Isso, por sua vez, teria levado a novas formas de moralização da gravidez (WEIR, 1996 *apud* LUPTON, 1999, p. 63). A gestante não é tão somente um sujeito, mas também um espaço, o ambiente no qual o feto se desenvolve.

O discurso do risco atrelado a esses mecanismos impacta significativamente a experiência da gravidez. Reclamam riscos redobrados sobre o corpo grávido, e a mulher torna-se responsável por dois corpos (LUPTON, 1999, p. 63).

É muito difícil que uma mulher não seja afetada por todos os discursos de risco que a cercam durante esse período. As grávidas recebem infinitos conselhos, que vão desde a alimentação e posição adequada para dormir até o preparo físico para o momento do parto.

São examinadas, cobradas e comparadas com padrões de normalidade a todo instante, não só nas consultas pré-natal como também em interpelações cotidianas de parentes, vizinhos, colegas e até mesmo desconhecidos.

Nesse contexto de intensa auto-responsabilização e vigilância externa, é improvável que uma grávida seja capaz de esquecer seu corpo ou deixar de se sentir responsável pelo corpo do feto.

Uma das conseqüências da presença acentuada do discurso do risco durante a gravidez é a caracterização das mulheres que descumprem as orientações como agentes produtoras de risco para seus filhos.

Surge, então, a figura da mãe monstruosa (LUPTON, 1999) ou negligente (DEUTSCHER, 2017): aquela que deixa de se engajar nas condutas necessárias para maximizar sua própria saúde e a saúde do ser em gestação, que não colabora suficientemente para aproximar-se dos padrões biológicos e morais de normalidade.

Lupton avalia que a ênfase no risco faz parte de um contexto mais amplo de construção das subjetividades sob o enquadramento da própria existência como um projeto; como algo que demanda planejamento, administração e individuação.

O indivíduo deve tomar conta da própria vida. Se, por um lado, isso pode ampliar o prisma de projetos de vida possíveis (ao ponto de, por exemplo, o CFM vir a reconhecer a legitimidade da parentalidade homoafetiva, ou ter ampliado o limite de idade para realizar procedimentos de reprodução assistida), também acarreta a imputação de novos deveres e ônus ao indivíduo, de modo que eventuais resultados negativos no curso da vida são considerados fracassos ou falhas pessoais (LUPTON, 1999, p. 67).

Mas, considerando a situação de risco redobrado em que se encontra o corpo grávido, esse passa a ser um momento de ansiedade também redobrada na vida da mulher – devido a fatores como o peso da responsabilidade; a sensação de perda de controle sobre o próprio corpo; e o sentimento de desamparo por ser levada a tomar várias decisões (e responsabilizada pelas conseqüências de suas escolhas) e, ao mesmo tempo, deparar-se com informações e conselhos contraditórios entre si.

É importante esclarecer que o discurso do risco não tem uma única fonte ou objeto. Circula por outros âmbitos além da medicina, e a própria medicina é um campo de conhecimento em constante disputa. Por exemplo, é possível defender que a via de parto mais segura seria o parto vaginal, assim como se pode argumentar o contrário. Um indivíduo firma sua opinião num sentido ou noutro a depender de inúmeros fatores, dentre os quais se destacam, por ora, o peso dos argumentos levantados e as prioridades em jogo.

Atualmente, uma mulher brasileira grávida - e especialmente se dispuser de amplo acesso à informação e for usuária do sistema suplementar de saúde - provavelmente será aconselhada em ambos os sentidos.



Conta-se a anedota de uma gestante farmacêutica: cada cliente que chegava ao balcão lhe recomendava um tipo diferente de parto, discorrendo sobre suas razões. Para algumas mulheres que já haviam passado por gestações anteriores, a cesárea seria preferível por se tratar de um método rápido e menos dolorido, pois se evita o sofrimento do trabalho de parto. Para outras, o parto vaginal seria melhor, pois a recuperação pós-parto seria muito mais rápida e evitam-se os riscos inerentes a uma cirurgia desse porte.

Em pesquisa na *internet*, encontrou maiores informações, mas se sentiu ainda mais confusa porque havia bons argumentos em ambas as perspectivas. Concluiu, então, que seria inviável definir abstratamente a melhor alternativa - afinal, tudo dependeria das circunstâncias específicas de seu caso. Realizou exames e acabou por consultar dois médicos. Mas, para seu espanto, cada um lhe apresentou uma opinião distinta. Ao cabo, ela decide abrir uma enquete pública e deixar que a opinião da maioria vença!

Se essa hipótese for analisada sob o viés do conceito de *authoritative knowledge* (JORDAN, 1987), pode-se afirmar que o cerne da questão consistiria em que alguns argumentos tendem a ser considerados mais legítimos que outros. Mais especificamente, que os argumentos revestidos da aura de cientificidade tendem a ser supervalorizados nos processos decisórios individuais e institucionais – seja na formulação de políticas públicas, nas decisões judiciais ou em outras decisões institucionais oriundas ou não do Estado – porque reputados objetivos ou imparciais.

Nos discursos sobre humanização do parto e violência obstétrica, os conceitos de medicalização (SENA, 2016) e parto tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001) frequentemente são empregados com o propósito de evidenciar que o apego excessivo ao conhecimento científico e à tecnologia teria acarretado a mecanicização (ou massificação ou industrialização) do parto, e a retirada do poder decisório das parturientes e de seu protagonismo nessa experiência carregada de valor simbólico. Por consequência desse processo, muitas mulheres sentem-se objetificadas, menosprezadas ou destituídas de sua individualidade no momento do parto.

Nessa perspectiva, há convergência entre desmedicalização e autonomia. Entende-se que a autonomia feminina é inviabilizada pelo modelo tecnocrático de atenção ao parto, no qual as decisões são tomadas principalmente pelos profissionais de saúde e pautadas em critérios técnicos, derivados do saber médico

e de aparatos tecnológicos. Em outros termos, desmedicalizar significaria colocar em marcha um processo de abertura para a autonomia individual.

Observe-se que não se tratam de críticas estritamente direcionadas aos médicos como indivíduos. Há de se reconhecer que esses profissionais também são formados, fiscalizados e sujeitos à responsabilização pelo descumprimento de padrões de conduta estabelecidos com base numa compreensão cientificista e tecnocrática da gestão da vida.

E, essas perspectivas também não rechaçam de maneira absoluta a medicina ou os procedimentos viabilizados pelo emprego da tecnologia. Mas, acusam que o cenário atual é de medicalização excessiva e uso abusivo das tecnologias.

Referidas abordagens têm ecoado no Brasil. Em estudo etnográfico conduzido entre os anos de 2008 e 2010, Rosamaria Giatti Carneiro observou e entrevistou mulheres participantes de grupos presenciais ou eletrônicos de compartilhamento de experiências e saberes acerca da humanização do parto, com o objetivo de investigar as maneiras como essas mulheres enxergam o modelo hegemônico de atendimento e quais as suas formas de resistência.

Após o contato com esse campo etnográfico, buscou-se compreender se havia algum padrão comum entre aquelas mulheres. Notou-se que elas eram, em sua maioria, brancas, heterossexuais, urbanas, de aproximadamente 30 anos, casadas ou conviventes em união estável, alfabetizadas, com boas noções de escrita e leitura, usuárias da *internet*, associadas a um plano de saúde privado e críticas da realidade obstétrica<sup>84</sup> (CARNEIRO, 2015, p. 84 e 107).

Constatou heterogeneidade quanto a fatores como religião ou “orientação espiritual”, grau de instrução formal, profissão e estilo de vida (CARNEIRO, 2015, p.102-105). Também observou que, embora tratassem a feminilidade como uma questão, a maioria dessas mulheres não se reconhecia como feminista (CARNEIRO, 2015, p. 88).

A autora narra que, durante a pesquisa, percebeu que sua etnografia tocaria “afetos, emoções e deslocamentos subjetivos”. Que a gravidez e o parto eram

---

<sup>84</sup> “Essas mulheres, normalmente, duvidavam de pontos de vista exteriores, buscando construir uma percepção própria a respeito de determinados temas. Para isso, procuravam capacitar-se sobre o assunto mediante leituras e cursos” (CARNEIRO, 2015, p. 105). Para a pesquisadora, a capacidade de postura crítica pressupõe o porte de, no mínimo, uma espécie de capital cultural (CARNEIRO, 2015, p. 300).

atravessados por “inseguranças, anseios, relações familiares e preocupações com o próprio corpo” (CARNEIRO, 2015, p. 90).

Diante disso, concluiu que não bastaria ouvir relatos ou acompanhar o momento do parto<sup>85</sup>; seria importante sondar também os processos decisórios daquelas mulheres, com seus dilemas e ambigüidades.

Carneiro acompanhou as reuniões de dois grupos presenciais de preparo para o parto humanizado. Denominou o primeiro deles como grupo *institucional*, pois vinculado ao hospital-escola de uma universidade. Esse grupo fora fundado há quase 25 anos, sob a inspiração de um modelo de parto alternativo, realizado de cócoras em uma cadeira desenhada especialmente para essa finalidade.

Desse grupo participam médicos, obstetras, anestesiistas, enfermeiras obstetrizas, psicólogas, doulas, estagiárias de fisioterapia e as gestantes candidatas à realização do parto de cócoras, ou seja, aquelas que levavam gestações classificadas como de baixo risco.

Às segundas-feiras, realizavam-se rodas de palestra e conversa e, às quartas-feiras, sessões de preparo físico, mediante transmissão de técnicas de massagem e aulas de ioga, respiração e meditação.

De modo geral, os participantes opunham-se ao modelo típico de parto hospitalar, no qual enxergavam uso indiscriminado de técnicas invasivas. Ao mesmo tempo, notaram-se divergências entre os participantes sobre quais procedimentos seriam ou não necessários e sob quais condições. Por exemplo, o médico coordenador defendia a viabilidade do parto sem anestesia, enquanto o anestesiista considerava essa uma medida importante, quando desejada pela parturiente.

O rumo das conversas era pautado nas dúvidas e colocações feitas pelos “casais grávidos”. Ainda assim, persistia uma relação hierárquica entre profissionais e participantes. Carneiro avalia que “embora a autoconfiança fosse estimulada, nem sempre vigorava na prática e no cotidiano das atividades do *grupo de cócoras*” (CARNEIRO, 2015, p. 97).

Ao mesmo tempo em que o coordenador professava a capacidade natural das mulheres para o parto<sup>86</sup>, os participantes confiavam nos conhecimentos do

---

<sup>85</sup> Na introdução de seu livro, a autora relata um parto domiciliar que pôde assistir em 2011, ou seja, após a conclusão do estudo etnográfico.

médico, solicitavam o seu apoio e aconselhamento. Além disso, prevalecia a linguagem médica, com seus jargões científicos. Inicialmente, era necessário que esses termos fossem traduzidos; mas, à medida que os encontros avançavam, os participantes se apropriavam desses termos e passavam a repeti-los.

A partir dos contatos estabelecidos nesse grupo institucional, a antropóloga tomou conhecimento da recente criação de um grupo de preparo paralelo – para o qual, aliás, migraram alguns dos membros do grupo institucional. Esse segundo grupo, denominado grupo *independente* em razão da ausência de vínculo institucional, fora criado em 2008 por duas médicas e duas psicólogas, com o objetivo de disseminar informações, preparar gestantes e, eventualmente, assistir ao parto ou indicar profissionais que pudessem fazê-lo.

Os encontros também eram realizados às segundas-feiras, inicialmente nas residências de participantes e depois num espaço alugado.<sup>87</sup> O grupo se mantinha por contribuições monetárias dos participantes e pela venda de produtos, como camisetas, vídeos e artefatos para mães e bebês. As gestantes pretendiam parir em casa ou em hospitais particulares conveniados a seus planos de saúde.

A pesquisadora sentiu ali um clima de maior descontração e notou que este grupo dava mais ênfase aos aspectos psicológicos, sexuais e espirituais do parto. Alguns temas eram tratados mais sob o viés do afeto e da intuição que da razão e da ciência.

Considera que, no grupo institucional, eram mais visíveis os aspectos da padronização, do esquadrinhamento dos corpos e do estímulo à adoção de um tipo de comportamento considerado correto para determinada situação (CARNEIRO, 2015, p. 100). Já no grupo independente, as médicas também inspiravam maior respeitabilidade, mas “a crença e a confiança se davam num clima de mais liberdade, menos intensidade e com maior grau de flexibilidade (CARNEIRO, 2015, p. 101).

---

<sup>86</sup> “Todas as segundas-feiras, sentados em grupo, às vezes orientados para a lousa da sala, ouvíamos, os casais e eu, sobre o parto natural e seus benefícios. Quase sempre as frases eram as mesmas: *‘Estamos prontas para isso, a natureza é perfeita’*; *‘O parto é como namorar, compõe a vida sexual da mulher. Por isso, precisamos estar bem à vontade para produzir os hormônios do amor’*” (CARNEIRO, 2015, p. 96-97). Observe-se que a menção aos hormônios do amor é uma referência à tese de Michel Odent, autor francês que se tornou célebre entre os promotores da humanização do parto.

<sup>87</sup> Conta-se que o número de adeptos foi crescendo “e assim, pouco a pouco, tornou-se uma espécie de sede local ou de representante de um grupo maior – o Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (Gama), de São Paulo –, hoje notadamente conhecido no cenário nacional em termos de humanização do nascimento” (CARNEIRO, 2015, p. 98).

Além da participação nesses grupos, Carneiro realizou entrevistas com mais de 50 das integrantes. Em 24 dessas entrevistas, recuperou com maior profundidade a trajetória da gestação e do parto. E, enfim, optou por relatar 18 histórias reputadas significativas devido às suas particularidades e contribuições para a composição de um panorama geral sobre o tema (CARNEIRO, 2015, p. 83).

Notou que essas mulheres podem ser divididas em dois grandes grupos: aquelas que nunca haviam parido e aquelas que buscavam um parto mais natural devido à insatisfação com experiência(s) anterior(es).

Dentre essas últimas, havia em comum a memória do primeiro parto como uma experiência traumática e a busca pelo parto natural como caminho de “superação ou ressignificação de uma violência, seja moral ou física” (CARNEIRO, 2015, p. 108). Essas dez mulheres são conectadas pela tentativa de superação da dor, mas se distinguem em seus estilos de vida, visões de mundo e trajetórias. Algumas pareciam mais intelectualizadas e racionais, enquanto outras valorizavam conhecimentos tradicionais ou alternativos. Para umas, os dados estatísticos e científicos eram fatores de peso; para outras os fatores mais importantes eram de outra ordem, como a sensação de confiança no próprio corpo ou o desejo de imersão na experiência.

Já dentre as oito “mães de primeira viagem”, a opção pelo parto natural foi justificada como uma questão de coerência com seus modos de vida. Isso não quer dizer que fossem todas naturalistas, adeptas de vertentes *neohippies* (v. TORNQUIST, 2003) ou movidas por crenças intuitivas. Estavam mais abertas a conhecimentos alternativos principalmente porque consideravam excessivamente *frio* o modelo de parto hospitalar hegemônico, e mais de uma vez insinuaram que a medicina *dura*<sup>88</sup> não respeita adequadamente a importância do parto como rito de passagem<sup>89</sup> do *status* de mulher ao *status* de mãe (CARNEIRO, 2015, p. 123, 126, 129).

Apesar dessas classificações gerais às quais Carneiro precisou recorrer para facilitar a exposição de seu material de pesquisa, é preciso reforçar que em

---

<sup>88</sup> Carneiro trabalha as noções de medicina hegemônica e alternativa por meio dos termos “medicina dura” e “medicina doce”, respectivamente (CARNEIRO, 2015, p. 124 e ss.). Sob o prisma da tipologia traçada por Robbie Davis-Floyd (2001), arrisca-se afirmar que a medicina dura é aquela que está mais próxima do modelo tecnocrático, ao passo que a medicina doce encaixa-se melhor nos modelos humanizado ou holístico.

<sup>89</sup> A abordagem do parto como ritual simbólico é encontrada nos trabalhos de Robbie Davis-Floyd.

momento algum a autora apresentou esses achados de uma maneira polarizada. Em outros termos, o seu retrato não é preto e branco, mas colorido. Por essa razão, acredita-se que suas observações amoldam-se melhor a um enquadramento foucaultiano da medicalização<sup>90</sup> que às perspectivas da chamada crítica ortodoxa (v. LUPTON, 1997).

Veja-se que, mesmo dentre as entrevistadas mais críticas, desconfiadas ou “naturebas”, nenhuma delas apresentou recusa total à chamada medicina *dura*. Não se constatou “negação ou a ruptura com o saber médico tradicional, mas sim a presença de múltiplas racionalidades médicas” (LUZ; BARROS, 2012 *apud* CARNEIRO, 2015, p. 111).

Acrescente-se, ainda, que a opção de Carneiro pelos termos “medicina dura” e “medicina doce” é perspicaz: abre margem para vislumbrarmos que mesmo as diretrizes e práticas alternativas de cuidado à saúde veiculam padrões biológicos e morais de normalidade que influenciam as decisões tomadas pelas gestantes.

Com esteio nas reflexões que Penelope Deutscher extraiu do pensamento de Judith Butler, pode-se dizer que a biopolítica reprodutiva não consiste na imposição de um padrão de conduta universalmente aplicável, mas na legitimação de determinados critérios de diferenciação dos indivíduos.

Não se espera que todas as mulheres adotem o mesmo tipo de reação ou as mesmas inclinações diante da gravidez e do parto. A normalização do corpo grávido opera, antes de tudo, mediante a consolidação de contextos nos quais as mulheres são diferenciadas conforme um *espectro* de comportamentos inteligíveis (DEUTSCHER, 2017, p. 162-163).

A inteligibilidade de um discurso ou de uma prática varia conforme seu grau de aproximação das normas e convenções que fornecem as molduras dentro das quais uma mulher decide ou justifica a sua decisão (DEUTSCHER, 2017, p. 163). Algumas vezes, uma mulher tem o privilégio de dispor de mais de uma opção, mas, em todo caso, suas opções são criadas, emolduradas e sujeitas a consequências situadas no campo de incidência do biopoder. Conforme observara Foucault, as

---

<sup>90</sup> Vale ressaltar que Carneiro interpretou seu material de campo com apoio em autores diversos – dentre os mais renomados, citem-se Clifford Geertz, Georg Simmel, Walter Benjamin e Giorgio Agamben. Assim, embora a autora dialogue com Foucault em mais de uma oportunidade, não se pode dizer que ela adote uma perspectiva propriamente foucaultiana. O que se está a argumentar é que a forma de condução do seu estudo etnográfico propiciou um terreno fértil para a exploração das nuances e ambiguidades presentes nos discursos das mulheres entrevistadas.

resistências sempre estão entrelaçadas aos poderes que as instigaram (FOUCAULT, 1988).

Um dos critérios de inteligibilidade atualmente vigentes é o enquadramento do feto como uma vida que merece ser preservada. A esse critério somam-se diversos outros (como a heteronormatividade e o ideário materno), e toda essa rede de amarras - mais ou menos visíveis - desemboca num conjunto de práticas complexas de subjetivação do processo decisório (DEUTSCHER, 2017, p. 163).<sup>91</sup>

Por várias razões – legais, econômicas, políticas, religiosas, históricas e ligadas às tradições –, algumas mulheres podem ser descritas como retransmissoras, e como sujeitos peculiarmente expostas *ou* vulneráveis *ou* privilegiadas em relação a certas formações contingentes de vida moral (DEUTSCHER, 2017, p. 163).

As mulheres grávidas podem ser vistas, e construídas, como sujeitos responsáveis pela tomada de decisões especialmente significativas. Correlatamente, a gravidez e o parto tornam-se momentos de intensificação do cuidado de si e da vigilância externa (DEUTSCHER, 2017; FOUCAULT, 1988).

Além das tecnologias de ultrassom, as experiências da gravidez e do parto são modeladas num campo de confronto com diversas formas de escrutínio; aconselhamento (de *experts*, amigos e familiares); questionamentos (e também autoquestionamentos); saberes-poderes; protocolos médicos; e engajamentos espontâneos (DEUTSCHER, 2017, p. 163).

As escolhas reprodutivas se passam num contexto de expectativa social e autocobrança para que sejam tomadas boas decisões. Por conseqüência, a probabilidade de engajamento individual espontâneo é maximizada; e a faceta mortífera dessa estratégia consiste em que as reações às condutas dissonantes dos ideais regulatórios em jogo tornam-se mais exacerbadas:

Such ‘responsabilizing’ is also a dividing practice according to which some are produced as particularly ‘failed’ subjects: manifesting irresponsible, unhealthy, repeating negative behavior, incoherent, less than optimal with

---

<sup>91</sup> Original: “[...] *complex practices of subjetivation of ‘decision making’*” (DEUTSCHER, 2017, p. 163).

respect to their care of themselves and others (DEUTSCHER, 2017, p. 164).<sup>92</sup>

Tendo em vista que as mulheres grávidas estão peculiarmente expostas a esses julgamentos, a própria normatização do processo decisório segundo uma ética humanista constitui um problemático mecanismo de dessubjetivação; um fator de estímulo à proliferação de formações de vida ininteligíveis; e um princípio regulatório de populações e subpopulações (DEUTSCHER, 2017, p. 186).

A linguagem da autonomia reprodutiva também produz categorias de sujeitos cujas condutas reprodutivas são presumidamente derivadas da coerção ou da falta de esclarecimento. Sujeitos para quem a escolha reprodutiva é reputada inacessível ou irrelevante, isto é, suas condutas não são compreensíveis como escolhas (DEUTSCHER, 2017, p. 187).

Em diversas hipóteses da vida social contemporânea, o direito de fazer escolhas ruins é resguardado, mesmo quando tem o potencial de impactar negativamente a vida de terceiros. Quando se trata da autonomia reprodutiva, contudo, parece ganhar muito mais força o apelo à necessidade de limitar ou ignorar as decisões das mulheres sob o fundamento de que elas impactam outra(s) vida(s) (DEUTSCHER, 2017, p. 187).

Deutscher consente que é inviável deixarmos de pleitear direitos reprodutivos, estes seriam o tipo de direito que nós “não temos como não querer” (*cannot not want*). Mas, ao mesmo tempo em que se reconhece a necessidade da afirmação desses direitos, devemos articular questões como:

At whose expense? Where are the generated figures of impediment and antifuture? What is the contingency of the relevant “life”, “lives”, and “deaths”, of concern and of the providential state? Of neoliberalism? Of the personal and collective project and the care of the self? Of the making of risk and security? (DEUTSCHER, 2017, p. 188).<sup>93</sup>

---

<sup>92</sup> “Essa “responsabilização” é também uma prática divisória segundo a qual alguns são produzidos como sujeitos particularmente ‘fracassados’: manifestando comportamento irresponsável ou prejudicial à saúde, repetindo padrões comportamentais negativos, incoerentes, menos que ótimos no que diz respeito a seu cuidado consigo mesmo e com os outros” (DEUTSCHER, 2017, p. 164, tradução livre).

<sup>93</sup> “À custa de quem? Onde estão as figuras de impedimento e antifuturo geradas? Qual é a contingência da “vida”, “vidas” e “mortes” relevantes, de preocupação e do estado provedor? Do neoliberalismo? Do projeto pessoal e coletivo e do cuidado de si? Da produção do risco e da segurança?” (DEUTSCHER, 2017, p. 188, tradução livre).



Deutscher sustenta que questões dessa estirpe devem ser levantadas e multiplicadas até que se alcance um ponto no qual seja possível afirmar sua *incalculabilidade* (DEUTSCHER, 2017, p. 188). Seria essa uma estratégia de resistência à biopolítica reprodutiva?

### 3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O PARTO NO BRASIL.

Um dos enquadramentos da autonomia reprodutiva feminina consiste nas regulações institucionais que incidem sobre o parto. A fim de explicitar algumas de suas intencionalidades, esta seção visa traçar um breve histórico das principais iniciativas adotadas no Brasil nos últimos vinte anos; explicitar as políticas em curso atualmente; e, por fim, esboçar uma faceta biopolítica desse cenário.

A construção das políticas de humanização do parto foi permeada pelo diálogo com movimentos de mulheres e também por iniciativas de redução da mortalidade materna e neonatal escoradas em compromissos internacionais.

No processo de redemocratização no Brasil, ao longo das décadas de 1980 e 1990, intensificou-se a atuação de movimentos sociais centrados na demanda pelo reconhecimento e tutela de direitos reprodutivos.

Destacam-se, por exemplo, a criação do Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFMEA (1989), da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos - RedeSaúde (1991) e da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa (1993).

Em 1994, criou-se a Comissão Nacional de Morte Materna. No ano 2000, ao se compromissar com os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM - ONU), o Brasil prometeu reduzir a mortalidade materna em ao menos dois terços, nos 15 anos seguintes.

Em 2001, divulgou-se o relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a mortalidade materna, documento no qual constou um panorama dos indicadores brasileiros, das iniciativas em curso e dos desafios à concretização dos objetivos das políticas públicas (BRASIL, 2001).

O relatório da CPI deixa claro que o objetivo de redução da mortalidade materna foi estimulado pelos compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro, mencionando-se não só os diplomas de direitos humanos, mas também o

recebimento de recursos internacionais para a condução das políticas pertinentes ao tema (BRASIL, 2001).

No ano 2000, inaugurou-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do SUS (PNHPN - Portaria GM/MS nº 569/2000) e, em 2004, firmou-se o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Portaria nº 399/2006). Desde então, redução da mortalidade materna e neonatal e humanização do parto são diretrizes consideradas confluentes, ao menos do ponto de vista do Poder Executivo.

Pontue-se que o Brasil não alcançou a meta de redução da mortalidade em um terço até o ano de 2015<sup>94</sup>, o que sugeriria a necessidade de que esse objetivo seja perseguido com maior afinco, ou mediante novas estratégias.

O PNHPN também consagrou como aspectos fundamentais da humanização: *i)* atendimento digno à mulher, a seus familiares e ao recém-nascido, ressaltando a importância da adoção de atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde, da criação de ambientes acolhedores e da revisão das rotinas tradicionais de atendimento; *ii)* adoção das medidas comprovadamente benéficas na assistência ao parto, e extinção de práticas intervencionistas desnecessárias, “que com frequência acarretam maiores riscos para ambos [mãe e nascituro/recém-nascido]” (BRASIL, 2002, p. 05-06). Em suma, propugna-se a redução de riscos, ampliação do acesso às práticas comprovadamente benéficas e tratamento respeitoso às usuárias do sistema público de saúde.

No Pacto pela Redução da Mortalidade, consignou-se que esses objetivos seriam perseguidos por meio das seguintes estratégias:

- Assegurar o **direito ao acompanhante** no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados. • **Garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca de assistência** (parto é urgência prevista). Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que sejam garantidos transporte seguro e sua transferência para outras unidades. • Expansão da **atenção básica mediante Estratégia Saúde da Família**. • Aderir à iniciativa “Primeira Semana: Saúde Integral” que intensificará o **cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto**. Serão desenvolvidas as seguintes ações, melhorando a cobertura e reforçando a **vinculação da mulher e do recém-nascido à unidade**

<sup>94</sup> “[...] a razão da mortalidade materna era de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 e declinou para 68 por 100 mil nascidos vivos em 2010. [...] A meta era atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015 (ODM BRASIL, 2014)” (MARQUES, 2016, p. 24-25).

**básica de saúde:** avaliação da mulher e do recém-nascido; orientação e apoio ao **aleitamento** materno; **vacinas** da puérpera e do recém-nascido; **teste** do pezinho; orientação para **contracepção**; agendamento da consulta de puericultura e de puerpério. • Organizar acesso, integrando os níveis de gestão, garantindo **continuidade do cuidado**. • **Adequar a oferta de serviços, regionalizando e hierarquizando a assistência ao parto e ao RN**, ampliando leitos de maior complexidade e expandindo rede de bancos de leite humano e de hemoderivados. • Requalificar hospitais Amigos da Criança e reavaliar rede de **hospitais de referência para gestantes de risco**. • **Qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal ou ao abortamento inseguro**. [...] • **Apoiar Centros de Parto Normal**. [...] • Implantar e apoiar ações de **vigilância do óbito materno e infantil**. • Priorizar a **capacitação e a educação permanente** de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal. • **Proteger a trabalhadora gestante** para que não se exponha a fatores de risco que possam comprometer sua gestação. • Oferecer atenção a mulheres e recém-nascidos **negros e indígenas**, respeitando suas peculiaridades étnicas e culturais. • Apoiar o desenvolvimento de ações de **suporte social para gestante e recém-nascidos de risco**. • Promover **ações de controle social** na implementação das ações propostas pelo pacto. (BRASIL, 2004, grifos nossos).

Há mais de uma década, portanto, os gestores públicos brasileiros mostram-se preocupados com a gestação, o parto e o puerpério, na qualidade de aspectos da vida que merecem ser regulados sob o prisma dos indivíduos e também da população.

Do ponto de vista coletivo, pretende-se manter vigilância dos registros e taxas de óbito materno e infantil; ampliar quantitativa e qualitativamente o acesso a exames e acompanhamento pré-natal; estimular práticas consideradas benéficas (parto normal, aleitamento, vacina, teste do pezinho, etc.); tutelar subpopulações especialmente vulneráveis, como negros e indígenas; e engajar a população a fiscalizar o cumprimento desses objetivos.

Do ponto de vista individual, as repercussões seriam, em tese, a admissão de acompanhante no parto; ampliação do acesso a exames e assistência médica; e atendimento “qualificado e humanizado” da equipe de saúde.

Hoje, essas propostas estão parcialmente albergadas pelo Programa Rede Cegonha, um conjunto de medidas destinadas a assegurar “à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (art. 1º da Portaria GM/MS nº 1.459/2011).

Dentre seus objetivos, depreende-se que a meta de redução da mortalidade materna e infantil observará os direitos humanos, a equidade e o “enfoque de

gênero” (há um sutil escape da expressão “igualdade de gênero”), e (*mas?*) dará ênfase ao “componente neonatal” (inciso III do art. 3º da Portaria nº 1.459/2011).<sup>95</sup>

A Rede Cegonha tem privilegiado as seguintes diretrizes e ações:

As ações relacionadas ao parto e nascimento correspondem à **suficiência de leitos** obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; **ambiência das maternidades** orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); **práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas**, nos termos do documento da **Organização Mundial da Saúde**, de 1996: “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”; garantia de **acompanhante** durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com **classificação de risco** nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de **equipes horizontais do cuidado** nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de **cogestão** tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011a)(MARQUES, 2016, p. 33, grifos nossos).

A meta de estímulo aos Centros de Parto Normal também compõe a Rede Cegonha e está amparada na Portaria GM/MS nº 11/2015, que “redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal” (BRASIL, 2015).

Os “considerandos” de referida Portaria destacam as diretrizes de acesso à informação; atenção qualificada, segura e humanizada; redução de cesáreas; redução das mortalidades materna, fetal e infantil; tecnologia apropriada; adoção de práticas baseadas em evidências; assistência por enfermeiras (BRASIL, 2015).

Apresentam-se, ainda, as seguintes definições de “parto normal”, “baixo risco” e “atenção humanizada ao parto e nascimento”:

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se: [...]

<sup>95</sup> Art. 2º A Rede Cegonha tem como **princípios**: I - o respeito, a proteção e a realização dos **direitos humanos**; II - o respeito à **diversidade** cultural, étnica e racial; III - a promoção da **equidade**; IV - o **ênfase de gênero**; V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; VI - a participação e a mobilização social; e VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (grifos nossos)

Art. 3º São **objetivos** da Rede Cegonha: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade. (grifos nossos).

**II - atenção humanizada ao parto e nascimento:** respeito ao **parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar**, fundamentada no **protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto**;

**III - gestação de baixo risco:** gestação na qual os **fatores de risco** indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são **iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica**;

**IV - parto de baixo risco:** parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;

**V - parto normal:** **trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto**;

[...] (BRASIL, 2015, grifos nossos).

Com base nessas definições, pode-se afirmar que os termos “parto vaginal”, “parto normal” e “parto humanizado” não são sinônimos, apesar de existirem áreas de intersecção.

O parto vaginal seria meramente o ato de expulsão do bebê pela vagina. Tanto no setor público como no setor suplementar de saúde, o parto vaginal é preponderantemente atravessado pela lógica tecnocrática.

Utilizam-se rotineiramente diversas técnicas destinadas a “desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar” o processo de parto (DINIZ, 2001, p. 01), e as relações entre a equipe de saúde e a parturiente são travadas no contexto de massificação do atendimento (parto como linha de produção) e autoritarismo do conhecimento médico (medicalização).

O parto normal, por sua vez, seria aquele que se inicia e desenvolve de forma espontânea e culmina num parto vaginal sem complicações. Referida Portaria define a normalidade do parto não só pelo critério da inexistência de intervenção cirúrgica, mas também pela ausência de procedimentos considerados mais invasivos, como a utilização de fórceps ou o uso de anestesia geral, raquiana ou peridural.

Um parto normal escaparia da violência obstétrica em seu perfil de uso excessivo de intervenções, mas não põe a parturiente a salvo do assédio moral e do desrespeito ao seu consentimento livre e esclarecido. Ou seja, tanto o parto vaginal como o parto normal podem ocorrer num contexto de violência obstétrica.

Já o parto humanizado, em tese, não seria redutível apenas aos critérios técnicos de segurança da mulher e do nascituro, mas deveria levar em consideração

também o relacionamento respeitoso com a equipe de saúde; os aspectos pessoais, culturais, sexuais e familiares do parto; e o direito de participação ativa da mulher nas decisões relativas ao *seu* parto.

Vale ressaltar que a perspectiva de respeito à autonomia da parturiente como aspecto da humanização do atendimento também decorre das diretrizes gerais dos serviços públicos de saúde, consoante dispõem, respectivamente, o inciso III do art. 7º da Lei nº 8.080/1990 e o Programa Nacional de Humanização (PNH ou HumanizaSUS):

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...]

III - **preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral**; [...] (BRASIL, 1990, grifos nossos).

**Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos** - Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2013, grifos nossos).

Não obstante, as políticas que densificam o princípio da autonomia da parturiente usuária do sistema público de saúde não rompem de fato com a medicalização e a tecnocracia.

A autonomia da parturiente acaba se confundindo com o direito de acesso a um padrão adequado de atendimento - a prática da medicina baseada em evidências científicas -, de modo que se torna possível questionar apenas a beneficência de práticas específicas, mas não a prevalência do critério técnico-científico em detrimento da plenitude subjetiva, emocional, sexual, espiritual e social da gravidez e parturição.

Há indícios de que a padronização do atendimento ao parto no sistema público de saúde segundo parâmetros precipuamente técnico-científicos está sendo revigorada. No mesmo ano do lançamento da Rede Cegonha, foi promulgada a Lei nº 12.401/2011, que alterou a Lei nº 8.080/1990 para regulamentar a incorporação de tecnologias pelo SUS.

Instituiu-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) com o propósito de assessorar o Ministério da Saúde na definição dos medicamentos, produtos e procedimentos disponibilizados pelo setor público de saúde. Com a inserção do art. 19-N na Lei nº 8.080/1990, o CONITEC recebeu a atribuição de criar ou alterar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).<sup>96</sup>

Desse modo, a definição dos procedimentos disponibilizados e priorizados pelo SUS deixou de se concentrar no Ministério da Saúde e passou a ser compartilhada com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, além de submetida à apreciação de Plenário composto por representantes de diversas instituições ligadas à área da saúde, inclusive a ANS e o CFM.

Em 2016, a CONITEC divulgou dois relatórios de recomendações relativas aos procedimentos de assistência à cesárea e ao parto normal, respectivamente (Relatórios de Recomendação nº 179/2016 e nº 211/2016). Com a chancela das Portarias SAS/MS nº 306/2016 e 353/2017, tais Relatórios adquiriram força normativa e passaram a compor o conteúdo das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e à Operação Cesariana, as quais devem ser incorporadas pela Rede Cegonha. Em nota divulgada no endereço eletrônico da Comissão, declararam-se os objetivos de

[...] orientar as mulheres brasileiras, os profissionais e os gestores da saúde, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis. [...] O modo como o parto é vivenciado influencia no vínculo mãe e filho e na amamentação. As expectativas das mulheres neste momento devem ser consideradas e suas decisões apoiadas. [...] Com as diretrizes, o Ministério da Saúde pretende reduzir as altas taxas de intervenções desnecessárias [...], [que] são muito comuns, e desconsideram os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo. Essas práticas podem colocar em risco a segurança das parturientes e de seus filhos e filhas, já que, em muitos casos, não estão de acordo com as evidências científicas. [...] **Assim, essas diretrizes servem para orientar a prática profissional e para informar as mulheres sobre as melhores práticas de cuidado a elas e aos seus bebês, de forma a fazerem escolhas conscientes em relação ao modo de assistência ao parto e nascimento.** (BRASIL, 2017, grifos nossos).

Embora se reconheçam os aspectos emocionais, humanos e culturais implicados no parto, parece que a preocupação é engajar mulheres e profissionais

---

<sup>96</sup> A criação ou alteração de PCDTs deve observar os procedimentos prescritos pela Portaria GM nº 2.009/2012.

de saúde para que façam escolhas conscientes e seguras, ou melhor, afinadas com as evidências científicas. Argumenta-se que essa postura contribuiria para o fortalecimento do vínculo materno-filial e melhoria da saúde de mulheres e recém-nascidos.

Com esteio nessa racionalidade, um dos principais focos das políticas brasileiras de humanização do parto atualmente em curso é a meta de redução dos partos cirúrgicos desnecessários - diretriz encabeçada pela OMS e reverberada pelos movimentos feministas de maior representatividade na temática da parturição.

Em 1985, a OMS promoveu uma conferência na cidade de Fortaleza/CE com o objetivo de discutir o uso adequado da tecnologia no parto. Formaram-se alguns consensos pautados em evidências científicas, os quais se tornaram recomendações internacionais para o acompanhamento da gestação, parto e puerpério.

No documento publicado pela OMS, o parto foi caracterizado como um processo “natural e normal” e, na sequência, consta a ressalva de que sempre há risco de complicações diante das quais a intervenção médica seja necessária para a garantia do “melhor resultado” (WHO, 1985). Não se enfatizou a autonomia reprodutiva da mulher, mas foram mencionados os aspectos emocionais, psicológicos e sociais da parturição.

Naquela oportunidade, recomendou-se aos Estados que mapeassem seus contextos locais e aos Ministérios de Saúde que promovessem políticas voltadas ao uso apropriado da tecnologia no parto, nos setores de saúde público e privado.

Destacou-se o direito da gestante e seus familiares de serem amplamente informados a respeito dos cuidados e práticas mais adequados, a fim de que possam fazer escolhas responsáveis e adotar atitudes que colaborem para a maximização da saúde da gestante e do nascituro.

Nesse sentido, pontuou-se a relevância: *i) dos grupos de mulheres auto-organizadas com o objetivo de compartilharem conhecimentos e experiências; e ii) das redes informais de cuidado à gestante - como as parteiras tradicionais -, desde que coexistam paralela e colaborativamente com as instituições oficiais de saúde.*

Reconheceu-se, ainda, a necessidade de: *i) mapeamento e reestruturação da rede de serviços de saúde, de modo que a alocação de recursos materiais e humanos atenda o objetivo de melhoria da saúde perinatal mediante estratégias economicamente eficientes, sensíveis às necessidades e desejos da comunidade e*



comprometidas com a maximização do acesso à saúde primária e ao parto normal; *ii*) treinamento e atualização constante dos profissionais, em estímulo à adoção de boas práticas; *iii*) envolvimento de múltiplos agentes sociais nas decisões relativas ao uso de tecnologias, dentre os quais se inclui a gestante potencialmente afetada; *iv*) divulgação de dados acerca das práticas adotadas pelos estabelecimentos de saúde, tais como os índices de cesáreas praticados pelos hospitais ou médicos.

Na sequência, elencaram-se recomendações específicas de boas práticas na atenção ao parto, e diretrizes para os processos de absorção de tais recomendações nas iniciativas estatais de regulação, fiscalização e prestação desses serviços de saúde.

Curiosamente, ao mesmo tempo em que a OMS ressaltou que a recepção das recomendações ali expressas deveria ser adaptada às especificidades dos diversos países e regiões, também afirmou categoricamente que “não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%” (WHO, 1985 *apud* WHO, 2015).

Diante de tamanha taxatividade e da enorme discrepância entre essa orientação e o cenário brasileiro, não é de se espantar que, desde então, as iniciativas e debates acerca do atendimento obstétrico tenham dado maior destaque a essa temática.

Segundo dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde, 84,6% dos 502.812 partos realizados no setor de saúde suplementar no ano de 2012 foram cesarianas. Já o percentual total no Brasil é de 55,6% dos 2.905.789 nascidos vivos naquele mesmo ano (ANS, 2014). O Brasil detém um dos maiores índices de partos cirúrgicos do mundo, o que comumente tem sido caracterizado como uma “epidemia de cesáreas” ou “cultura cesarista”.

A leva de estudos sobre parto e saúde perinatal que sucedeu o Ano Internacional da Criança (ONU, 1979) trouxe os primeiros indícios de que a precipitação do parto e o excesso de intervenções médicas podem causar ou agravar o risco de morte materna, fetal e infantil (DINIZ, 2001).

Desde então, diversos estudos associaram a manutenção de um baixo patamar de cesarianas a diversos benefícios, como redução dos índices de mortalidade materna e perinatal, menor probabilidade de ocorrência de depressão pós-parto e de utilização de leitos de UTI e melhoria do aleitamento.

Atualmente, o pleito de adoção de práticas médicas baseadas em evidências científicas está comumente ligado ao reconhecimento da OMS como órgão apto ao discernimento de quais seriam as evidências científicas verdadeiramente legítimas. Isso acarreta contraposição entre a “medicina verdadeiramente hipocrática” *versus* as “práticas médicas tecnocráticas corrompidas”:

A **Rede Cegonha** foi estruturada objetivando superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças e tem como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate da violência obstétrica, da oferta de boas práticas e da **redução da medicalização e mercantilização do parto** (BRASIL, 2011a). (MARQUES, 2016, grifos nossos).

A redução de intervenções desnecessárias é proposta como condição necessária ao resguardo da autonomia da paciente; como medida de proteção do corpo grávido contra as forças de medicalização e mercantilização.

É importante destacar que, em 2015, a OMS lançou nova declaração acerca das taxas populacionais e hospitalares de cesáreas. Nessa oportunidade, reconheceu que: *i)* a manutenção do índice de cesáreas no patamar de 10 a 15% fora estimado com base “em uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea”; *ii)* as cesáreas são benéficas à saúde nos casos de efetiva necessidade; *iii)* inexistem evidências de que a cesárea seja benéfica nos quadros em que há possibilidade de realização de parto vaginal; *iv)* a cesárea, assim como qualquer outra cirurgia de médio porte, acarreta riscos que “podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações”; e *v)* esses riscos “são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados” (OMS, 2015).

Por fim, reviu a sua recomendação de manutenção do índice de 10 a 15% de cesáreas em todas as regiões do mundo, concluindo que: *i)* “ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal”; *ii)* “ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico”; e *iii)* “os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam

feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica” (OMS, 2015). Reconheceu-se, ademais, que as cesáreas acarretam maiores custos aos sistemas públicos de saúde.

Essas colocações podem justificar a preocupação dos Estados com a redução das cesáreas desnecessárias. Além de ser necessário buscar a alocação eficiente dos recursos públicos, fornecem o argumento de que as cesáreas acarretariam maiores riscos às usuárias de um sistema público fragilizado, incapaz de garantir às camadas sociais mais pobres o acesso amplo aos cuidados obstétricos adequados.

Por outro lado, ao voltar atrás na associação entre a taxa populacional de cesáreas e a mortalidade materna, a OMS parece conceder maior espaço para que as gestantes de classes médias e altas – aquelas que possuem acesso a cuidados obstétricos adequados – optem pela realização de cesáreas eletivas, vez que inexistiriam indícios suficientemente claros de que isso acarrete riscos graves à saúde materna ou infantil.

Quanto aos efeitos práticos imediatos da declaração emitida pela OMS em 2015, além do reforço do critério da necessidade da cesárea no caso concreto, recomendou-se que os países padronizem seus registros dos atendimentos hospitalares conforme um método de classificação de risco denominado Classificação de Robson (OMS, 2015).

Uma crítica ortodoxa da medicalização poderia argumentar que o modelo obstétrico tecnocrático representa uma deturpação, uma abusividade do poder médico (ODENT, 2003). Caracterizaria como sendo corrupto o ato médico que subordina o bem do paciente aos interesses pessoais, corporativos e mercadológicos do médico, da classe médica e da indústria biomédica, respectivamente. Por esse ponto de vista, a incidência mais elevada de cesáreas no setor suplementar de saúde seria indício da corrupção do poder médico brasileiro.

Enquanto o sistema público de saúde almeja, ao menos em tese, a redução de custos desnecessários, no sistema privado concorreriam outros interesses. Além de a eficiência econômica ser regida por outros critérios e limites nas relações de direito privado (nas quais o parto não é contabilizado como fonte de gastos, mas de lucros - donde se explicaria o maior interesse pelo consumo de tecnologia, por exemplo), há o interesse da classe médica de que o parto envolva maior número de profissionais (como os anestesistas), de que a clientela possa optar pela realização

de um parto cuja competência é exclusivamente médica (ao contrário do parto normal sem distocia, que pode ser atendido por enfermeiros especializados) e de que o médico possa realizar partos da maneira que lhe seja mais conveniente.

Segundo consta, os planos de saúde oferecem remuneração semelhante ao parto normal e à cesárea, embora aquele procedimento demande maior disponibilidade do médico (BRASIL, JF/SP, 2015). E, também devido ao interesse de planejamento de outras agendas profissionais (como a participação em congressos) e compatibilização de compromissos pessoais, é mais cômoda a possibilidade de realizar partos rápidos e com data marcada.

Identificam-se, ainda, aspectos relacionados à formação dos médicos. Além de os cursos de Medicina sustentarem a perspectiva tecnocrática, os estudantes residentes estabelecem pouco contato com partos normais. Assim, ingressam em suas carreiras sentindo-se mais confiantes de sua habilidade técnica para a condução de partos cirúrgicos (BRASIL, 2001, p. 75).<sup>97</sup>

Em contraste com esse cenário, há indícios de que as mulheres brasileiras prefiram o parto vaginal, mas sejam induzidas pelos médicos “cesaristas” a acreditar que o parto cirúrgico seja mais adequado ao seu caso. A discussão sobre o tema é sumarizada por Mônica Bara Maia:

[...] a cesárea tornou-se um objeto de consumo acessível àquelas mulheres que a desejam e podem custeá-la (Yazlle, 2001). Mas a cesariana seria um objeto de consumo de quem, exatamente? Será que as mulheres desejam a cesárea? Os/as médicos/as, quando confrontados com suas altas taxas de cesárea, argumentam que sim. Segundo eles, a “cultura da cesárea” refletiria o desejo das mulheres (Barbosa *et al.*, 2003).

Entretanto, tal argumento não se confirma empiricamente. Diversos estudos demonstram categoricamente que as mulheres brasileiras preferem o parto normal, sejam elas usuárias dos serviços públicos ou do serviço privado (Perpétuo, Bessa & Fonseca, 1998; Chacham, 1999; Potter *et al.*, 2001; Hotimsky *et al.*, 2002; Barbosa *et al.*, 2003; Tedesco *et al.*, 2004; Faúndes *et al.*, 2004; Leal *et al.*, 2007). [...]

Por outro lado, estudos sugerem que quando a mulher solicita uma cesárea, tal fato está intimamente relacionado com o modelo da assistência prestada: a demanda pela cesárea, no Brasil, seria uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” praticado no país é profundamente medicalizado, intervencionista e traumático. Ou seja, a mulher pede a cesárea para encerrar rapidamente um processo que se faz doloroso e solitário [...] (MAIA, 2010, p. 40).

---

<sup>97</sup> “Sobre a formação dos obstetras, critica-se a excessiva preocupação em instruir a realização do parto cirúrgico, em detrimento das técnicas de auxiliar o parto normal e intervir em algumas de suas complicações. Em alguns depoimentos colhidos por esta CPI, foi mencionado o caso de preceptores que se orgulhavam de haverem formado residentes que haviam realizado apenas seis partos normais em todo o período...” (BRASIL, 2001, p. 75)

Nesse contexto, a segurança do parto e a medicina baseada em evidências são referidas como medidas promotoras da autonomia feminina. Pois, as gestantes e parturientes seriam vulneráveis a interesses escusos que frequentemente influenciam as informações e alternativas que lhes são apresentadas.

Essa perspectiva foi explicitada na sentença que, ao julgar procedente a Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100 proposta pelo Ministério Público Federal (MPF)<sup>98</sup>, condenou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a regulamentar a oferta de serviços obstétricos privados de maneira a contribuir para a redução das cirurgias cesarianas.

Concluindo pela impossibilidade lógica de que as taxas de cesáreas praticadas no setor suplementar de saúde sejam justificáveis sob os padrões internacionais da medicina baseada em evidências, articulou-se na sentença raciocínio no sentido de que a prática sistemática de partos cirúrgicos desnecessários constitui um fenômeno de subordinação das mulheres:

Embora se busque obstinadamente convencer do contrário, a mulher não perdeu a sua natural capacidade de parir e apenas **mercê do emprego de um artificialismo, que não deixa de representar mais uma odiosa forma de submissão da mulher, e da pior maneira, pois conduzida de forma sutil e disfarçada como ocorrendo no seu interesse, atualmente o que se verifica é que estamos deixando de receber, condignamente, nossos semelhantes quando de seus nascimentos.**

Não são poucos os casos noticiados pela inadequação de assistência à mulher na gestação, no trabalho de parto, durante e no pós-parto, no ambiente médico-hospitalar e **a sociedade brasileira** já mostra sinais de indignação, na medida em que, assim como o ajuizamento desta ação revela, **tem exigido uma maior e mais freqüente e necessária intervenção legislativa ou judicial a fim de assegurar e garantir direitos eminentemente humanos que, em princípio, deveriam ser naturalmente respeitados.**

Aliás, não constitui exagero deste Juízo observar, nos dias de hoje, um tratamento veterinário dispensado aos animais, mais adequado do que o obstétrico dedicado às mães, não só em relação às consultas pré-natais e ao parto, mas que se estende à amamentação, na medida em que, filhotes de animais não podem ser comercializados ou doados sem que haja o seu desmame, com isto garantindo-se a estes filhotes um período mínimo de contato com a fêmea.

Tristemente nossa sociedade tem dado mostras de um interesse maior em proteger uma fêmea animal do que a mulher [...].

---

<sup>98</sup> A propositura da Ação Civil Pública pelo MPF, em 2010, embasou-se na Representação nº 1.34.001.004458/2006-98, procedimento administrativo impulsionado por denúncia apresentada pela Rede Parto do Princípio em 2006. A sentença, de autoria do Juiz Federal Victorio Giuzio Neto, foi exarada em 30/11/2015. Na sequência, a ANS interpôs recurso de apelação, o qual ainda não foi julgado pelo Tribunal Regional Federal da 3ª Região.

**Nada mais justo do que assegurar para as mulheres, o que ninguém ousaria negar a um animal, é dizer, o direito de poder de forma mais livre exercer um ato cuja prerrogativa se encontra, exclusivamente, no mundo feminino: dar a luz à seu filho respeitando a natureza.** (BRASIL, JF/SP, 2015, p. 14, grifos nossos).

Nessa ordem de idéias, a violência obstétrica seria um modo insidioso de controle sobre o corpo feminino, um sistema no qual as gestantes teriam se tornado vítimas da manipulação dos médicos.

Na sentença judicial, caracterizou-se a capacidade de parir como potência natural do corpo feminino. De modo que, a apropriação dessa capacidade pela tecnocracia representaria bárbara ofensa aos direitos naturais, à dignidade inerente ao humano. Nesse sentido, o respeito à natureza é aproximado da cultura-civilização.

Por acordo firmado nos autos de referida ACP em agosto de 2014, a ANS comprometeu-se a apresentar propostas concretas para regular e fiscalizar a atenção ao parto no setor de saúde suplementar.<sup>99</sup>

Por conseguinte, ANS e Ministério da Saúde lançaram conjuntamente a Resolução nº 368/2015, ato que instituiu a obrigatoriedade de adoção do partograma e de divulgação do número de cesarianas praticadas nas maternidades e pelos médicos, e criou também o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante.

A sentença, proferida posteriormente à aprovação da Resolução, reconhece que essas medidas são insuficientes para contornar o contexto de violações sistemáticas de direitos que se verifica atualmente no Brasil. Mas, considera ter respondido ao anseio por regulamentação apresentado pela própria sociedade, e avalia o direito de acesso à informação como aspecto relevante para impulsionar as mudanças culturais necessárias para que médicos e gestantes percebam a prejudicialidade do intervencionismo médico excessivo.

A questão também poderia ser apreciada sob outro ponto de vista. Lupton (1999), por exemplo, refere-se ao cartão da gestante como mero “repositório do

---

<sup>99</sup> Diante disso, instalou-se um Grupo de Trabalho, donde se originaram duas propostas de resolução normativa que foram colocadas sob consulta pública. A Consulta nº 55 de 2014 tratou do direito dos beneficiários de planos de saúde à informação sobre as taxas de partos naturais e cesarianas praticadas pelo médico obstetra e pelo estabelecimento de saúde. Já a Consulta nº 56 de 2014 versou sobre a instituição do partograma (documento de análise do trabalho de parto), do cartão da gestante (registro do acompanhamento da gestação) e da carta de informação (rol de informações a serem disponibilizadas à gestante em seu cartão) como documentos obrigatórios no atendimento ao parto pelo setor de saúde suplementar.

discurso do risco”. E, Deutscher (2017) acrescentaria que a ênfase nos instrumentos de verificação das informações concedidas à gestante é uma espécie de ritual público de atestado da autonomia; um meio de avaliar se determinada mulher merece arcar com as consequências de seus atos, pois decidiu autonomamente pela sua realização, ou se agiu sob condições de esclarecimento insuficiente, de modo que sua manifestação de vontade deveria ser desconsiderada porque não foi exercida livremente.

Em todo caso, a caracterização do acesso à informação como condição basilar para o exercício da autonomia reverbera a lógica da condução dos indivíduos para que sejam capazes de tomar boas decisões.

Os órgãos reguladores podem divergir a respeito de quais condutas merecem ser consideradas seguras ou responsáveis – e isso certamente impacta as alternativas disponíveis às usuárias dos serviços públicos e privados de saúde -, mas não se desvencilham da racionalidade biopolítica que modela subjetividades socialmente responsáveis, legitima aparatos de contenção de riscos, privilegia os critérios técnicos de emolduramento da vida, e produz liberdades para umas à custa da precarização de outras mulheres.

A Medicina foi um dos principais mecanismos de inserção da biopolítica nos fenômenos reprodutivos, os quais vieram a ser crescentemente estudados e controlados sob uma lógica utilitarista e cientificista. Além disso, os papéis sociais atrelados à feminilidade foram cada vez mais afinados aos padrões médicos.

Um exemplo está no critério científico do tempo ideal de gestação: considera-se que uma gestação humana dura, em média, 40 semanas, e que, entre a 40ª e 42ª semanas, há elevado risco de sofrimento fetal e morbidade perinatal. Muitas vezes esses padrões são utilizados pelos médicos para embasar a prescrição do parto cesáreo de maneira antiética, tal como se cogita que tenha acontecido no caso de Adelir Góes.

Aliás, possivelmente em resposta às dúvidas e controvérsias suscitadas pela Resolução ANS nº 368/2015, o Conselho Federal de Medicina posicionou-se no sentido de reforçar a autonomia da gestante para optar pelo parto cesáreo eletivo, desde que já tenha completado 39 semanas de gestação e que tenha sido adequadamente informada sobre os potenciais riscos e benefícios do procedimento (arts. 1º e 2º da Resolução CFM nº 2.144/2016).

Ao mesmo tempo em que o CFM buscou resguardar a possibilidade de realização das cesáreas eletivas pelos médicos, também limitou o exercício desse direito com base na proteção da vida do nascituro.

É interessante notar que, embora se tratem de questões igualmente controvertidas, o CFM calou sobre a possibilidade de realização de parto domiciliar, o alto índice de intervenções desnecessárias nos partos hospitalares ou o direito individual de recusa à orientação médica. Tamanho silêncio parece reforçar que o diploma normativo em questão não está dissociado da lógica da medicalização, da tecnocracia e do discurso do risco.

Nesse contexto, a gestante não tem recursos para questionar a recomendação médica. E, é rotulada de irresponsável aquela que ouse desafiar o saber médico e “colocar a vida de seu próprio filho em risco”.

Mobilizam-se questões éticas e jurídicas quanto à preservação da vida do nascituro, e também questões relativas ao papel social da maternidade, vez que o ideário materno impõe que a mãe seja aquela que se sacrifique em prol do melhor interesse de seu filho; aquela que coloque seus desejos ou seu bem-estar em segundo plano, pois seu maior desejo deve ser o de parir uma criança viva e saudável.

Nesse aspecto, são ambivalentes os discursos contrários à violência obstétrica que ressaltam a capacidade natural de parir. A exaltação dessa habilidade conferida pela Mãe-natureza anda ao lado da essencialização da maternidade como vocação natural e especificamente feminina para o cuidado.

Essa estratégia mobiliza performances de gênero confluentes com o objetivo biopolítico de garantir o altruísmo das reprodutoras em prol das futuras gerações, do progresso, do desenvolvimento, da renovação das forças produtivas de uma família, de um Estado e de um sistema econômico.

Em certo sentido, as propostas de humanização do parto pautadas na medicina baseada em evidências científicas parecem canais de escape à tecnocracia. Mas, compreendem tecnocracia sob os limites dos adjetivos: medicalização *excessiva* e uso *abusivo* de tecnologias. Aparados os excessos, a racionalidade tecnocrática permanece a salvo.

Desse modo, os conceitos de parto tecnocrático e medicalização perdem seu poder de impacto, e as políticas de humanização ficam reduzidas a medidas pontuais de promoção do bem-estar das parturientes.



Ademais, esse mesmo discurso humanista corrobora a instituição de mecanismos de controle supostamente destinados à proteção do indivíduo, mas cujo efeito inexorável é a produção de precariedade para aquelas gestantes que não se ajustam aos enquadramentos morais que tornam uma vida humana digna de ser protegida.

## CONCLUSÃO

O parto é um fenômeno que comporta múltiplas significações. Pode ser considerado ato fisiológico; evento cujos sentidos e modos de ocorrência são socialmente construídos e situados; símbolo da subjetividade feminina; ritual de nascimento ou de passagem ao *status* de mulher-mãe; objeto de regulação jurídica e intervenção médica. É, sobretudo, um terreno de disputa.

Adelir Góes foi o ponto de partida deste estudo devido à exemplaridade de sua experiência, ao fato de ela representar um ponto de encontro entre singularidade e pluralidade. A antropóloga Rosamaria Giatti Carneiro considera, aliás, que esse acontecimento e a reação social por ele impulsionada fizeram com que o conceito de violência obstétrica adquirisse “contornos mais nítidos e peso social” (CARNEIRO, 2015, p. 315).

Este trabalho não almejou *resolver* o caso do ponto de vista jurídico, e tampouco reforçar o enquadramento de Adelir como uma vítima da violência obstétrica. Teve-se, na verdade, o objetivo de investigar o contexto que tornou possível a existência do caso, e as possíveis razões de sua ampla repercussão.

Para tanto, analisaram-se notícias, entrevistas e comentários publicados na *internet*, além da bibliografia acadêmica que, desde antes, já abordava os temas da humanização do parto e da violência obstétrica nas áreas das ciências sociais e antropologia.

Nesse percurso, observou-se que um argumento recorrente entre as feministas que discutiram o caso consistiu em denunciar a situação de “quase-humanidade” (CORREA *apud* BLOGUEIRAS FEMINISTAS, 2014) a que as gestantes estariam expostas.

É comum a argumentação no sentido de que *ou* se respeita a decisão tomada pela mulher *ou* elas ficam reduzidas a objetos, meros receptáculos do feto, como vasos que carregassem uma planta. Dessa maneira, defende-se a autonomia da mulher para decidir a respeito das intervenções realizadas sobre o seu corpo a partir de uma visão humanista que recorre à polarização entre sujeito e objeto.

Essa vertente discursiva não se desenvolve num campo vazio. Possivelmente, esses argumentos são utilizados por se tratar da abordagem com maior probabilidade de ser compreendida e acolhida nas perspectivas dos direitos humanos, da bioética e de relevantes correntes feministas. E, a inteligibilidade do

discurso é o que viabiliza uma disputa política quase sempre dependente dos aparatos institucionais e valores sociais hegemônicos. Portanto, os discursos não falam apenas sobre si mesmos, mas também sobre o contexto em que estão enraizados.

Uma contribuição significativa das feministas alinhadas à defesa dos direitos humanos consiste em destacar que o sujeito de direito não é etéreo, mas concreto e situado. Um ser que é também corpo, e um corpo que é atravessado por relações de poder emolduradas pelo gênero, pela sexualidade e pela reprodução.

Recebemos por herança a concepção do feminino como identidade atrelada à maternidade, ao cuidado e à abdicação em prol da manutenção da vida de outras pessoas. É nesse cenário que se tem buscado reforçar a importância da liberdade reprodutiva das mulheres.

Retome-se o questionamento antes sugerido: por que Adelir se tornou uma figura emblemática? Os discursos averiguados levam a crer que tantas mulheres se identificaram com Adelir (como expressa o mote “Somos Todas Adelir”) porque seu caso confirmou um incômodo recorrente: a sensação de ser desapossada de si durante a gravidez e, principalmente, no momento do parto.

O primeiro capítulo deste trabalho almejou ambientar essa perspectiva. Na seção 1.2., expuseram-se os fundamentos de três autores cujas ideias foram claramente influentes na literatura brasileira recente: Brigitte Jordan, Robbie Davis-Floyd e Michel Odent.

Ressalve-se que o termo “violência obstétrica” ainda não havia sido cunhado por ocasião de suas principais obras, e apenas Davis-Floyd veiculou o termo “humanização” - sendo que não o fez no tom de engajamento, mas como forma de traçar um arquétipo que viabilizasse a interpretação de seu material etnográfico. Ao lado do parto humanizado, ela caracterizou também os modelos do parto tecnocrático e do parto holístico.

Ao longo deste trabalho, adotou-se o termo “parto tecnocrático” para referir-se ao modelo hegemônico de parto hospitalar no Brasil, porque se avalia que o padrão de atendimento costuma ter mais características desse referencial que dos outros dois traçados por Davis-Floyd.

Nada obstante, evitou-se o emprego dos termos “parto humanizado” e “humanização do parto”. Tais expressões foram utilizadas unicamente quando

necessário para garantir fidelidade aos discursos que as utilizam para representar e postular certos ideários.

Isso se verifica, por exemplo, nas políticas públicas voltadas ao parto: não se fala em parto holístico, natural ou desmedicalizado, mas nos partos normal, vaginal, cesariano e *humanizado*.

Vale pontuar que, aos olhos dessas políticas públicas, tanto o parto normal quanto o vaginal e o cirúrgico podem ser humanizados. Pois, o critério da humanização não é a via de parto, mas a qualidade do atendimento – o que pode ser avaliado a partir de critérios diversos e frequentemente conflitantes.

Ainda no primeiro capítulo, algumas das reflexões de B. Jordan, R. Davis-Floyd e M. Odent foram relacionadas ao conceito de medicalização. Essa abordagem foi adotada por se tratar de um termo recorrente nos discursos brasileiros que, além disso, guarda afinidade com a conceituação da violência obstétrica como apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde. O conceito de medicalização, por sua vez, costuma ser utilizado com o propósito de desestabilizar a legitimidade da medicina, o que frequentemente se faz com o objetivo de postular maior grau de autonomia dos pacientes.

Na seção 1.3, essas lentes de análise foram direcionadas ao propósito de compreender algumas das maneiras como a tecnocracia e a medicalização participam da construção das subjetividades da mulher e do nascituro, buscando-se explicitar os efeitos normativos desse processo.

Já o segundo capítulo foi guiado pelas seguintes questões: em que medida e por qual via argumentativa é possível sustentar a autonomia jurídica da mulher para decidir acerca das intervenções realizadas pela equipe de saúde no momento do parto? Quais seriam os contornos do seu direito de escolher ou recusar procedimentos médicos?

A autonomia reprodutiva está ligada ao poder individual de tomar decisões e ter suas escolhas respeitadas pelos demais, inclusive pela equipe de saúde e pelo Estado. Constitui um direito subjetivo e também princípio ético consagrado em diversas fontes normativas e discursivas, como os direitos humanos e de personalidade, a bioética e significativa parcela dos feminismos.

É plausível afirmar que os direitos reprodutivos e de personalidade garantem à gestante ou parturiente a possibilidade de tomar decisões divergentes não só de

uma recomendação médica específica, mas também de consensos científicos gerais - sejam eles firmados pelo Conselho de Medicina, pela Organização Mundial de Saúde ou qualquer outra instituição.

Mas, essa conclusão aparentemente singela é desafiada por inúmeros desajustes, complexidades e conflitos. De partida, atente-se aos limites da compatibilidade entre a visão feminista da liberdade reprodutiva e o pensamento jurídico moderno. O descompasso é tamanho que, conforme aquelas perspectivas passam pelo *filtro* das normas e políticas públicas, seu potencial transformador é estilhaçado.

O princípio da liberdade é o fundamento ético e filosófico da própria noção de sujeito de direito, e foi herdada de concepções racionalistas do humano como ser essencialmente capaz de discernir e fazer suas próprias escolhas. Desse postulado decorre a possibilidade de vinculação do sujeito aos efeitos de suas escolhas, isto é, a atribuição de responsabilidades e prestações juridicamente exigíveis (CORRÊA, 2010, p. 29).

Grande parte dos discursos jurídicos contemporâneos ainda se pauta numa perspectiva kantiana da pessoa. Ao mesmo tempo em que proclamam a centralidade do valor inerente ao humano, fundam-se numa concepção intangível da humanidade em termos de racionalidade e autonomia meramente formal.

Entre o ser humano e o sujeito de direito há, pois, essa espécie de filtro: o conceito de pessoa (GEDIEL, 2000). Sob a égide da tradição racionalista, o sujeito de direito constitui uma abstração normalizadora, antes de um instrumento de aproximação entre o direito e a concretude da vida.

O direito afirma a universalidade de suas categorias, mas costuma fazê-lo de um ponto de vista supostamente assexuado, imparcial, científico e formalista. Em contrapartida, os feminismos têm sustentado, de modo geral, que as universalidades precisam ser repensadas à luz das diferenças; que a pretensão de imparcialidade tem servido à deslegitimação da perspectiva feminina; que o racionalismo é uma descrição normativa do humano e um de seus efeitos é a depreciação dos saberes e experiências femininos; e que a igualdade e a liberdade substanciais são horizontes políticos e não qualidades inatas.

Está em curso uma tendência de valorização da autonomia individual para escolher ou recusar intervenções médicas, inclusive as que não possuam finalidade

estritamente terapêutica, desde que inexista risco concreto e iminente de morte ou ameaça significativa para a saúde pública (GEDIEL, 2000; CORRÊA, 2010).

Acredita-se que essa tendência também está presente quanto se trata do parto, o que tem acontecido sob a influência da bioética e da diretriz de humanização do atendimento. Como indício, principia no Brasil a utilização do Plano de Parto como instrumento de apoio à autonomia da parturiente.

Há fundamentos jurídicos suficientes para afirmar que as mulheres detêm o direito de autodeterminação sobre seus corpos e projetos de vida, inclusive ao parirem. Contudo, trata-se de uma autonomia repleta de ambiguidades.

A fim de explorar tais ambiguidades, fez-se a escolha de, ao invés de contrastar o plano do dever-ser com os marcos teóricos iniciais ou com dados da realidade brasileira, construir uma nova perspectiva de análise fundada na hipótese biopolítica da reprodução. Para tanto, adotaram-se marcos teóricos ligados à filosofia pós-estruturalista, como Michel Foucault, Penélope Deutscher e Judith Butler.

Na sequência, sugeriu-se a releitura do conceito de medicalização com base em análise realizada por Debora Lupton, autora que tratou da relação entre medicalização e discurso do risco, e investigou seu impacto na maneira como as mulheres vivenciam a gravidez.

Com o objetivo de transpor essa análise ao tema do parto e aproximá-la do contexto brasileiro, referi algumas das narrativas femininas captadas por Rosamaria Giatti Carneiro em estudo etnográfico realizado no Brasil entre os anos de 2008 a 2010. Conquanto a pesquisa tenha sido desenvolvida num campo bastante restrito de mulheres socialmente privilegiadas e questionadoras, acredita-se que tais discursos expõem algumas das muitas complexidades dos processos decisórios relativos ao parto.

Já na última seção, investigou-se a racionalidade norteadora das atuais políticas públicas de humanização do parto; alguns de seus mecanismos de entrave à autonomia reprodutiva individual; e também algumas sutilezas incitativas dos enquadramentos normativos que regulam as condutas das parturientes de maneira a respeitar a racionalidade tecnocrática e mercadológica.

Com amparo nos marcos teóricos adotados no terceiro capítulo, conclui-se que o potencial transformador das críticas ao modelo hegemônico de atenção ao

parto é demasiadamente frágil quando se restringe a um viés humanista fundado na polarização entre sujeito/objeto e opressor/oprimido.

Pois, um componente fundamental da governamentalidade biopolítica consiste no incentivo a que os indivíduos cultivem posturas *produtivas*, ou *saudáveis*. Na maior parte do tempo, a biopolítica é sustentada de maneira simbólica e consentida, pois atua na mobilização de desejos e interesses. Assim, a liberdade é sentida como realidade pelo indivíduo que voluntariamente se conduz de maneira confluyente com o objetivo de maximização da vida produtiva.

No contexto brasileiro contemporâneo, a liberdade reprodutiva das mulheres é uma sensação que elas só preservam enquanto se comportam conforme as prescrições médicas e não perturbam o objetivo de maximização das forças (re)produtivas. Fomenta-se e respeita-se a liberdade individual, mas até o limite da efetividade dos mecanismos incitativos da biopolítica.

A submissão voluntária, ou a confluência dos desejos individuais com os interesses biopolíticos, é consequência quase inescapável da consolidação da medicina como o saber apto a esclarecer e executar as melhores estratégias para o resguardo da saúde.

O Estado, embora não seja protagonista no cenário de medicalização dos corpos, exerce as funções cruciais de reforçar a legitimidade do saber médico, promover a autonomia do sujeito para que se comporte em consonância com esse saber-poder e assegurar a prevalência do saber-poder médico quando a sua força incitativa vem a falhar. Os sujeitos desviantes das normas estão expostos à repressão e coerção física destinadas a garantir a obediência. Por isso, Adelir Góes é considerada uma vítima emblemática da violência obstétrica.

Em releitura de Brigitte Jordan, tem-se que a violência obstétrica é uma espécie de coerção que se estende do plano simbólico ao real, atuando para estabelecer, manter, expor e fazer cumprir relações de poder (JORDAN; IRWIN, 1987).

Uma possível contribuição dos movimentos pela humanização do parto consiste em sua abertura aos aspectos emocionais, psicológicos, sexuais e espirituais desse momento. Isso dá espaço para que o sentimento de autoconfiança e domínio sobre o próprio corpo seja abarcado como aspecto fundamental da autonomia feminina e da saúde individual.

Nessa perspectiva, há maior espaço para a “inteireza” do humano, para alguma conexão entre consciência e corpo. A reiterada ênfase na respeituosidade de tratamento pela equipe profissional é a maneira que se encontra para chamar atenção ao fato de que a parturiente é um “alguém”, e não um fragmento, um amontoado de órgãos ou uma máquina. Ela é um ser pleno de desejos e sentimentos, e não um objeto disponível ao manuseio, supervisão, controle e integração a rotinas hospitalares e padrões médicos.

Não se perca de vista que as iniciativas de humanização do parto e combate à violência obstétrica são respostas a esse contexto. Por se considerar que o parto foi massificado, industrializado e apropriado pelos profissionais de saúde, defende-se a retomada do protagonismo feminino e maior respeito ao ritmo natural dos processos fisiológicos: ao tempo de cada corpo, e não do relógio ou dos manuais de medicina (CARNEIRO, 2015); à liberdade de movimento e expressão; à necessidade de que a gestante sinta-se acolhida, confortável e à vontade, porque muitas vezes isso é o que basta para que o parto se desenvolva de maneira saudável e satisfatória.

Como qualquer estratégia de resistência, esses discursos não escapam das contradições inerentes ao fato de estarem sempre imbricados em relações de poder e contextos biopolíticos. Ao longo deste trabalho, apontaram-se algumas ambivalências das atuais propostas de humanização e desmedicalização, e infinitas outras permanecerão suspensas. Muitas delas, ao aguardo dos desbravamentos e reflexões que ainda pertencem ao porvir do conhecimento acadêmico e das práticas de militância.

Na toada das contribuições oferecidas por Penelope Deutscher, conclui-se que a missão do pensamento crítico não consiste em rejeitar a autonomia reprodutiva, mas afirmá-la ao mesmo tempo em que nos ocupemos de multiplicar questionamentos e de explicitar os efeitos mortíferos dos mecanismos biopolíticos de maximização da vida.

Não se trata simplesmente de tomar partido do modelo humanizado *ou* holístico de parturição. Mas, de reconhecer que o direito tem sido provocado por conflitos cada vez mais visíveis e de recorrer a novos conceitos – como tecnocracia, humanização, perspectiva holística, medicalização e biopolítica reprodutiva – para alargar e multiplicar campos de visão.



Esse gesto pode viabilizar uma compreensão mais ampla e sofisticada dos mecanismos de poder que propiciam e sustentam a prosperidade de algumas vidas à custa da precarização de outras (FOUCAULT, 1988; BUTLER, 2000; BUTLER, 2015; DEUTSCHER, 2017).

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M. **Feminismo, direitos reprodutivos e evidências: reflexões sobre o caso da cesariana forçada de Adelir, em Torres - RS**. Blog Estuda, Melania, Estuda! 08 abr. 2014. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2014/04/feminismo-direitos-reprodutivos-e.html?view=classic>>. Acesso em: 22 out. 2017.

ANDRADE, R. C. Kant: a liberdade, o indivíduo e a república. *In*: WEFFORT, F. C. (Org.). **Os clássicos da política**. v. 02, Burke, Kant, Hegel, Tocqueville, Stuart Mill, Marx. 11. ed. São Paulo: Ática, 2006.

ASSOCIAÇÃO ARTEMIS. [Denúncia à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Refte. Cirurgia Cesariana determinada por Ordem Judicial]. São Paulo, 02 de abril de 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS JUÍZES DO RIO GRANDE DO SUL (AJURIS). **Entrevista: magistrada fala sobre decisão de Justiça para resguardar vida de bebê**. 07 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ajuris.org.br/2014/04/07/entrevista-magistrada-fala-sobre-decisao-da-justica-para-resguardar-vida-bebe/>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BAHIA, L.; COSTA, A.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres. **Saúde em Debate**, CEBES, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan/dez. 2007.

BARSTED, L. L. Apresentação - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará, 1994. *In*: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BELLI, L. F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. **Revista Redbioética/UNESCO**, a. 4, v. 1, n. 7, p. 25-34, jan./jun. 2013. Disponível em: <[http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)>. Acesso em: 26 out. 2017.

BIRTHRIGHTS ORGANIZATION. **Obstetric violence in Brazil**. Disponível em: <<http://www.birthrights.org.uk/2014/04/976/>>. Acesso em 22 out. 2017.

BLOGUEIRAS FEMINISTAS. **Adelir de Goés e os absurdos da violência obstétrica. Blog Blogueiras feministas**. 07 abr. 2014. Disponível em: <<http://blogueirasfeministas.com/2014/04/adelir-de-goes-e-os-absurdos-da-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BORDO, S. The cartesian masculinization of thought. **Journal of Women in Culture and Society**, v. 11, n. 3, 1986.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil**. Relatora Deputada Elcione Barbalho, ago. 2001.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.634, 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.434, de 12 de abril de 2017**. Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13434.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa nº 368, de 06 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (CONITEC). **Diretrizes irão orientar a prática profissional e informar as mulheres sobre as melhores práticas do cuidado.** 09 mar. 2017. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-irao-orientar-a-pratica-profissional-e-informar-as-mulheres-sobre-as-melhores-praticas-do-cuidado>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação nº 211.** Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2016. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendação nº 179.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** 2004. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 05 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998**. Limita o pagamento de cesarianas a percentual máximo, em relação ao total de partos por hospital. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016**. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306\\_28\\_03\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/DOU-20fev2017-Portaria-SAS-353-2017.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretos sexuais, reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. **Justiça Federal atende pedido do MPF/SP e condena ANS a definir regras para reduzir o número de cesáreas na rede privada de saúde**. 01 de dezembro de 2015. Disponível em: <[http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias\\_prsp/01-12-15-2013-justica-federal-atende-pedido-do-mpf-sp-e-condena-ans-a-definir-regras-para-reduzir-o-numero-de-cesareas-na-rede-privada-de-saude](http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/01-12-15-2013-justica-federal-atende-pedido-do-mpf-sp-e-condena-ans-a-definir-regras-para-reduzir-o-numero-de-cesareas-na-rede-privada-de-saude)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Página eletrônica da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Governo manifesta solidariedade a Adelir Carmem Lemos de Goes**. Brasília, 11 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/abril/governo-manifesta-solidariedade-a-adelir-carmem-lemos-de-goes>>. Acesso em: 01 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Debate sobre a SUG nº 15, que regula a interrupção voluntária da gravidez pelo SUS**. Publicado em 06 ago. 2015. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaoaudiencia?id=4469>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BUTLER, J. **Corpos que pesam**: sobre os limites discursivos do "sexo". Tradução: Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: editora Autêntica, 2 edição, 2000.

\_\_\_\_\_. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Trad. Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

\_\_\_\_\_. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

\_\_\_\_\_. **Outra 'figura-relação' de maternidade, parto e feminismo**. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 25 a 28 de agosto de 2008.

CARNEIRO, L.; FRAGA, R. **Justiça determina que grávida faça cesariana contra vontade no RS**. G1, Rio Grande do Sul, 2 abr. 2014. Disponível em: <[www.g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravidafaca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html](http://www.g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravidafaca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html)>. Acesso em: 22 out. 2017.

CHAZAN, L. K. **“Meio quilo de gente”**: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Antropologia e Saúde collection. 230 p. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Fetos, máquinas e subjetividade**: um estudo sobre a construção social do feto como Pessoa através da tecnologia de imagem. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>>.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (CNDM). **Moção de repúdio**. Brasília, 02 de junho de 2014. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/noticias/2014/06/04-06-cndm-manifesta-repudio-a-violacao-dos-direitos-de-adelir-carmem-lemos-de-goes>>. Acesso em: 22 out. 2017.

CORRÊA, A. E. **Consentimento livre e esclarecido**: o corpo objeto de relações jurídicas. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996.

COSTA, G. F. A da. **Solidariedade e Soberania nos discursos sobre “mulher” nas Conferências do Cairo e de Beijing**. 147 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

DAVIS-FLOYD, R. E. Technologies of the Exterior, Technologies of the Interior: Can We Expand the Discourse of Reproductive Studies? p. 277-300. In: LAY, Mary; GURAK, L. J.; GRAVON, C.; MYNTTI, C. (Ed.). **Body Talk: Rhetoric, Technology, Reproduction**. Madison: University of Wisconsin Press, 2000.

\_\_\_\_\_. The technocratic body: american childbirth as cultural expression. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 8, p. 1125-1140, 1994.

\_\_\_\_\_. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 75, p. 05-23, nov. 2001.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. Trad. Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2005.

DEUTSCHER, P. Foucault's children: rereading The History of Sexuality. Volume 1. *In*: DEUTSCHER, P. **Foucault's future: a critique of reproductive reason**. New York: Columbia University Press, 2017.

\_\_\_\_\_. Judith Butler, precarious life and reproduction. *In*: DEUTSCHER, P. **Foucault's future: a critique of reproductive reason**. New York: Columbia University Press, 2017.

DIAS, R. F. **Pensamento jurídico moderno e seus desencontros com a biotecnologia**. Curitiba: Editora UFPR, 2012.

DIAZ, E. B. Luchas por la libertad: cuerpos en acción. **Thémata Revista de Filosofía**, n. 48, p. 203-216, jul/dez 2012.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 254 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Set. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 jun. 2017.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 01, n. 01, p. 80- 91, 2006.

DINIZ, D.; CORRÊA, M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 679-688, maio-jun. 2001.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2012.

FACHIN, L. E. Limites e possibilidades da nova teoria geral do Direito Civil. **Rev. Fac. Direito**, Curitiba, a. 27, n. 27, p. 49-60, 1992/93.

FACHIN, L. E.; RUZYCKI, C. E. P. A dignidade da pessoa humana no direito contemporâneo. **Revista Trimestral de Direito Civil**, v. 35, Rio de Janeiro, 2008.

FOUCAULT, M. **A História da sexualidade**: a vontade de saber. v. 1, Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.



\_\_\_\_\_. **Segurança, território e população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** Pesquisa de opinião pública, 2010. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 dez. 2017.

GEDIEL, J. A. P. **Os transplantes de órgãos e a invenção moderna do corpo.** Curitiba: Moinho do Verbo, 2000.

\_\_\_\_\_. Tecnociência, dissociação e patrimonialização jurídica do corpo humano. *In*: FACHIN, L. E. **Repensando os fundamentos do direito civil brasileiro contemporâneo.** Rio de Janeiro: Renovar, 1998.

GINSBURG, F.; RAPP, R. The politics of reproduction. **Annual Review of Anthropology**, v. 20, p. 311-343, out. 1991. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

HERIOT, M. Jean. Fetal Rights Versus the Female Body: Contested Domains. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 10, n. 02, p. 176-194, jun. 1996.

HERRERA FLORES, J. **A reinvenção dos direitos humanos.** Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

JANNOTI, C. B.; SEQUEIRA, A. L. T.; SILVA, K. S. Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate, CEBES**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 25-33, jan/dez. 2007.

JORDAN, B. **Technology and social interaction:** notes on the achievement of authoritative knowledge in complex settings. Palo Alto, CA: Institute for Research on Learning, 2014. (Trabalho original publicado em abr. 1992).

\_\_\_\_\_. The Hut and the Hospital: Information, Power, and Symbolism in the Artifacts of Birth. **Birth: Issues in Perinatal Care**, v. 14, n. 01, p. 36-40, mar. 1987.

JORDAN, B.; IRWIN, S. Knowledge, Practice, and Power: Court-Ordered Cesarean Sections. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 1, n. 3, p. 319-334, set. 1987. Disponível em: <<http://www.lifescapes.org/Papers/COCS%20Hahn%201987.htm>>. Acesso em: 28 out. 2017.

JUSTIÇA obriga grávida a fazer parto cesariana em Torres. Gaúcha Zero Hora, Porto Alegre, 02 abri. 2014. Disponível em:

<<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2014/04/justica-obriga-gravida-a-fazer-parto-cesariana-em-torres-4463565.html>>. Acesso em: 22 out. 2017.

KELSEN, H. **Teoria pura do direito**. 7 ed. Coimbra: Almedina, 2008.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 65, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en&nrm=iso)>.

LIRA, J. L. C. de O.; MUNIZ, F. J. F. **O estado de direito e os direitos da personalidade**. São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 532, 1980.

LUDWIG, C. L. **Para uma filosofia jurídica da libertação**: paradigmas da filosofia, filosofia da libertação e direito alternativo. Florianópolis: Conceito Editorial, 2006.

LUPTON, D. Foucault and the medicalisation critique. In: PETERSON, A.; BUTON, R. (Orgs.). **Foucault, health and medicine**. London: Routledge, 1997.

\_\_\_\_\_. Risk and the ontology of pregnant embodiment. In: LUPTON, D. (Ed.). **Risk and sociocultural theory**: new directions and perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MANFRINI, D. B. **‘Somos Todxs Adelir’**: Partir de Si e Ação Política frente à Violência Obstétrica em Florianópolis. 289 p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MARCHA MUNDIAL DE MULHERES - RS; REDE FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS - REGIONAL RS; CAMPANHA PONTO FINAL NA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E MENINAS. **Cesariana forçada – uma violação aos direitos reprodutivos das mulheres**. Blog da Marcha Mundial das Mulheres, 03 abr. 2014. Disponível em: <<https://marchamulheres.wordpress.com/2014/04/03/cesariana-forcada-uma-violacao-aos-direitos-reprodutivos-das-mulheres/>>. Acesso em: 22 out. 2017.

MARQUES, C. P. C. **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha. EDUFMA: São Luís, 2016.

MENDONÇA, S.; SIMAS, R. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. **Revista Vivência**, n. 48, p. 80-104, 2016.

NOGUEIRA, A. T.; LESSA C. **Mulheres contam o parto**. São Paulo: Editora Itália Nova, 2003.

ODENT, M. **O camponês e a parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Trad. Sarah Bauley. São Paulo: Ground, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura, assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso)>.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência obstétrica**: “parirás com dor”. Dossiê apresentado à CPI da Violência contra as Mulheres. 2012.

PATRIOTA, T. Apresentação - Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo. *In*: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PETCHESKY, R. P. The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. **Feminist Studies**, v. 13, n. 02, p. 263-292, Summer 1987.

PIMENTEL, S. Apresentação - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - Cedaw, 1979. *In*: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Direitos Reprodutivos e Ordenamento Jurídico Brasileiro: subsídios a uma ação político-jurídica transformadora. **Cadernos CCR 2**, Comissão de Cidadania e Reprodução, São Paulo, 1993.

PIMENTEL, S.; BALTAR, M. I. **Diagnóstico Nacional e Balanço Regional**: direitos sexuais e direitos reprodutivos no Brasil e na América Latina – Campanha por uma Convenção Interamericana de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, jan. 2016. Disponível em:

<<https://www.cladem.org/images/pdfs/publicaciones/nacionales/brasil/diagnostico-nacional-brasil.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

PORTAL GAÚCHAZH. Zero Hora TV (ZH-TV). **"Me sinto frustrada", afirma mãe após a cesariana**". Depoimento de Adelir Góes, gravado por seu marido e disponibilizado no Portal GaúchaZH. 02 abri. 2014. Disponível em: <<http://videos.clicrbs.com.br/rs/zerohora/video/geral/2014/04/sinto-frustrada-afirmamae-apos-cesariana/71559/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

PULHEZ, M. M. "Parem a violência obstétrica!": A construção das noções de "violência" e "vítima" nas experiências de parto. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, p. 544-564, ago. 2013

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (REHUNA). **Carta de Campinas**, 1993. (Mimeo).

\_\_\_\_\_. **Carta de Fortaleza**, 2000. Disponível em: <[www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br)>.

ROHDEN, F. O corpo fazendo a diferença. **Maná**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, out. 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93131998000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131998000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Set. 2013.

RUZYK, C. E. P. **Institutos fundamentais do Direito Civil e liberdade(s): repensando a dimensão funcional do contrato, da propriedade e da família**. Rio de Janeiro: Editora GZ, 2011.

SANGER, C. **About abortion: terminating pregnancy in twenty-first-century America**. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 2017.

SCHAPP, Jan. **La libertad em el derecho**. Bogotá: Fundacion FES, 1998.

SCHREIBER, A. **Direitos da personalidade**. 2. ed. São Paulo, Atlas, 2013.

SCOTT, J. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-29, jan./abr. 2005.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (SDH); SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM); MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Governo manifesta solidariedade a Adelir Carmem Lemos de Góes**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/abril/governo-manifesta-solidariedade-a-adelir-carmem-lemos-de-goes>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SENA, L. M. **"Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração": a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. 268 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

\_\_\_\_\_. **Denúncia do caso Adelir (Torres-RS) já está na Secretaria de Justiça e Direitos Humanos da Presidência da República.** Blog Cientista que virou mãe, 04 abr. 2014. Disponível em: <https://cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/denuncia-do-caso-adelir-torres-rs-ja-esta-na-secretaria-de-justica-e-direitos-humanos-da-presidencia-da-republica>. Acesso em: 22 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Uma conversa com Adelir e Emerson: "- 'Eu quero dizer às mulheres que estudem, estudem muito. Às ativistas, quero dizer que 'Obrigada' é pouco".** Blog Cientista que virou mãe, 14 abr. 2014. Disponível em: <http://cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/uma-conversa-com-adelir-e-emerson-eu-quero-dizer-as-mulheres-que-estudem-estudem-muito-as-ativistas-quero-dizer-que-obrigada-e-pouco>. Acesso em: 10 out. 2017.

STEUDEL, A. A. M. Justanturalismo clássico e jusnaturalismo racionalista: aspectos destacados para acadêmicos do curso de Direito. UEPG, **Rev. Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes**, Ponta Grossa, n. 15, v. 01, p. 43-52, jun. 2007.

STEVENS, M. L. T. **The History of Bioethics: Its Rise and Significance.** 2014. Reference Module in Bioethical Research, 3 ed., Elsevier Inc., p. 1-9. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/411c/465786abd8240a3b6e2745df1c9338f22c79.pdf>. Acesso em 15 jan. 2018.

SUÁREZ-CORTÉS, M.; ARMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M. E. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, maio-jun. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf). Acesso em 15 jan. 2018.

SZANIAWSKI, E. **Direitos de personalidade e sua tutela.** 2.ed. São Paulo: RT, 2005.

THE SILENT SCREAM. Direção e produção: Jack Duane Dabner. Apresentação: Bernard Nathanson. Anaheim: American Portrait Films, 1984. 1 VHS (27 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qs9CRO5K4Uk&t=1495s>. Acesso em 17 out. 2017.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

\_\_\_\_\_. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 out. 2017.

UNITED NATIONS (UN). **Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention:** concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Sixth session, set. 2011.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VILLEY, M. **Filosofia do direito**: definições e fins do direito. Trad. Márcia Valéria Martinez de Aguiar. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Appropriate technology for birth**. 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND; UNITED NATIONS POPULATION FUND; WORLD BANK. **Maternal mortality in 2000**: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, 2005.

ZECHMEISTER, I. Foetal Images: The Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women's Reproductive Freedom. **Health Care Analysis**, v. 09, p. 387–400, 2001.